

Melanie Huß

Kooperation im Schnittfeld von Sonderpädagogik  
und Kinder- und Jugendpsychiatrie

<http://opus.bsz-bw.de/hsrt/>

**ERSTE STAATSPRÜFUNG  
FÜR DAS LEHRAMT AN SONDERSCHULEN**

(31. Januar 2007)

AN DER  
FAKULTÄT FÜR SONDERPÄDAGOGIK

DER PÄDAGOGISCHEN HOCHSCHULE LUDWIGSBURG  
IN VERBINDUNG MIT DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN  
MIT SITZ IN REUTLINGEN

**WISSENSCHAFTLICHE HAUSARBEIT**

**Melanie Huß**

**Thema:**

**Kooperation im Schnittfeld von Sonderpädagogik und  
Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Thema vereinbart mit Referent:

Prof. Dr. C. Käßler

Koreferentin:

AR'in Mag. Dr. M. Hoanzl

**Gliederung:**

<b>1. Vorwort .....</b>	<b>Seite 4</b>
<b>2. Einführung .....</b>	<b>Seite 7</b>
2.1 Fragestellung .....	Seite 7
2.2 Vorgehensweise .....	Seite 8
<b>3. Schule für Kranke an einer Kinder- und Jugendpsychiatrie .....</b>	<b>Seite 10</b>
3.1 Begriffsklärung: Schule für Kranke.....	Seite 10
3.2 Gesetzliche Grundlagen .....	Seite 10
3.3 Aufgaben und Ziele .....	Seite 11
3.4 Unterricht .....	Seite 12
3.5 Nachteilsausgleich .....	Seite 13
3.6 Zeugnisse und Prüfungen .....	Seite 14
3.7 Schüler an Schulen für Kranke .....	Seite 14
3.8 Lehrer an Schulen für Kranke .....	Seite 15
3.9 Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Schule .....	Seite 16
3.10 Besonderheiten einer Schule für Kranke .....	Seite 17
<b>4. Aufbau der Schulstellen an der KJP Tübingen .....</b>	<b>Seite 18</b>
4.1 Schulstelle KiJu 1 .....	Seite 19
4.2 Schulstelle KiJu 2 .....	Seite 20
4.3 Berufsvorbereitungsjahr (BVJ) .....	Seite 22
4.4 Schulstelle der Tagesklinik .....	Seite 23
4.5 Schulstelle Rottenburg .....	Seite 25
<b>5. Kooperation an der Schule für Kranke an der KJP in Tübingen .....</b>	<b>Seite 26</b>
5.1 Kooperation mit den anderen Schulstellen im psychiatrischen Bereich.....	Seite 26
5.2 Kooperation mit externen Schulen .....	Seite 27
5.3 Kooperation mit der Klinik .....	Seite 28
5.4 Kooperation mit den Eltern .....	Seite 29

---

5.5 Kooperation mit der Jugendhilfe – Nachsorge .....	Seite 29
5.6 Kooperation mit dem Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit .....	Seite 30
5.7 Arbeitsgruppe „Pädagogik bei Krankheit“ .....	Seite 30
 <b>6. Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen .....</b>	<b>Seite 32</b>
6.1 Allgemeine Anmerkungen .....	Seite 32
6.2 Fachdisziplinen .....	Seite 33
6.3 Stationen .....	Seite 37
6.4 Therapieangebote .....	Seite 40
6.5 Bezugspersonensystem .....	Seite 41
 <b>7. Bedeutung von Schule für psychisch erkrankte Kinder     und Jugendliche .....</b>	<b>Seite 43</b>
 <b>8. Zum Spannungsverhältnis von Psychiatrie und Pädagogik .....</b>	<b>Seite 48</b>
8.1 Unterscheidung von Therapie und Erziehung .....	Seite 48
8.2 Historischer Rückblick .....	Seite 50
8.3 Aspekte des Konkurrenzverhaltens zwischen der Pädagogik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	Seite 53
 <b>9. Allgemeine Grundlagen zur interdisziplinären Kooperation .....</b>	<b>Seite 64</b>
9.1 Definition .....	Seite 64
9.2 Begründung der interdisziplinären Kooperation .....	Seite 65
9.3 Voraussetzungen der interdisziplinären Kooperation .....	Seite 70
9.4 Aufgaben und Ziele der interdisziplinären Kooperation .....	Seite 75
9.5 Schwierigkeiten der interdisziplinären Kooperation .....	Seite 76
 <b>10. Interdisziplinäre Kooperation an der KJP in Tübingen:     Die Praktische Umsetzung der Zusammenarbeit zwischen der Schule für     Kranke und der KJP in Tübingen .....</b>	<b>Seite 82</b>
10.1 Stationsübergabe .....	Seite 82

10.2 Supervision .....	Seite 83
10.3 Besprechungen mit der Klinikleitung .....	Seite 84
10.4 Weitere Formen der Kooperation .....	Seite 84
<b>11. Befragung der Vertreter der einzelnen Fachdisziplinen zur Kooperation zwischen der Schule für Kranke und der KJP in Tübingen .....</b>	<b>Seite 87</b>
11.1 Die Untersuchung .....	Seite 87
11.2 Methode und Ergebnisse der quantitativen Befragung .....	Seite 88
11.2.1 Der Fragebogen .....	Seite 88
11.2.2 Ergebnisse der quantitativen Befragung .....	Seite 90
11.2.2.1 Demographische Merkmale der Befragten .....	Seite 90
11.2.2.2 Inhaltliche Ergebnisse der interdisziplinären Kooperation .....	Seite 92
11.3 Methode und Ergebnisse der qualitativen Befragung .....	Seite 105
11.3.1 Das Leitfadenterview .....	Seite 105
11.3.2 Ergebnisse der qualitativen Befragung .....	Seite 106
11.3.2.1 Schwierigkeiten der interdisziplinären Zusammenarbeit .....	Seite 107
11.3.2.2 Mögliche Verbesserungen der interdisziplinären Zusammenarbeit .....	Seite 119
11.4 Resümee .....	Seite 125
<b>12. Ausblick .....</b>	<b>Seite 131</b>
<b>13. Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>Seite 133</b>
<b>14. Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>Seite 134</b>
<b>15. Literaturangabe .....</b>	<b>Seite 136</b>

## **1. Vorwort**

Mit der Schule für Kranke an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung kam ich erstmals innerhalb meines dritten Blockpraktikums im Rahmen meines Sonderpädagogikstudiums in Kontakt. Schon damals fand ich die Arbeit an dieser „Schule an einem exotischen Ort“, wie es eine dort arbeitende Lehrkraft treffend formulierte, sehr interessant. Vor allem der multidisziplinäre Austausch zwischen Lehrkräften, Erziehern, Pflegern, Sozialpädagogen, Therapeuten, Ärzten und Psychologen war dabei für mich völlig neu und stellte für mich erstmals eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Kindes bzw. Jugendlichen im Feld psychischer Erkrankungen in den Vordergrund, die meiner Meinung nach in dieser Hinsicht an anderen Schulen aufgrund des fehlenden multidisziplinären Teams vor Ort gar nicht leistbar ist.

Ein weiterer Beschäftigungsgrund mit dem Thema der Kooperation im Schnittfeld von Sonderpädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie ergab sich für mich aus der immer lauter werdenden Forderung von Seiten der Schulpolitik nach mehr Kooperation, die in Zeiten knapper Landeskassen auch in Baden-Württemberg gerade ihre Hochkonjunktur erlebt. Viele potentielle Sonderschüler, v.a. im Bereich des sozialen und emotionalen Förderbedarfs, werden so lange wie möglich an den Regelschulen gehalten, Kooperationsklassen unter der Beteiligung von Regelschullehrern und unterstützenden Sonderpädagogen werden vielerorts eingeführt. Diese Entwicklung macht dabei auf ein neues und immer mehr an Bedeutung gewinnendes Arbeitsfeld zukünftiger Sonderpädagogen aufmerksam, das sich im Kooperationsfeld mit Eltern, Lehrern, aber auch im Umgang mit anderen beruflichen Disziplinen ausdrückt. Dies trifft dabei auch auf die Schulen für Kranke zu. Aus dem Erfahrungsbericht einer solchen Schule für Kranke und verschiedener Hinweise aus der Literatur zur Krankenpädagogik (z.B. Schmitt 1998, 188) wird darauf hingewiesen, dass die durchschnittliche Verweildauer der jungen Patienten in allen Kliniken immer kürzer wird. Dadurch lässt sich folglich auch hier die Notwendigkeit zukünftiger Kooperationen sowohl zwischen den Schulen für Kranke und den Regelschulen als auch zwischen schulischen Einrichtungen allgemein und dem klinischen Personal erkennen.

Das Thema der Kooperation zwischen der Sonderpädagogik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie, was hier exemplarisch am Beispiel der Schule für Kranke und der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung in Tübingen aufgegriffen wird, soll dabei auf die notwendigen Grundlagen und Verständnisse dieser speziellen kooperativen Zusammenarbeit, auf mögliche Schwierigkeiten im Kontext interdisziplinärer Arbeit sowie auf konkrete Verbesserungsvorschläge innerhalb der vorgestellten Institution hinweisen. Die Arbeit soll damit einen ersten Einblick in ein für Sonderpädagogen oft völlig fremdes Gebiet der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kontext einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung bieten und deren jeweiligen Chancen und Risiken näher beleuchten.

Abschließend will ich noch auf folgendes hinweisen: da es bereits schon eine Vielzahl an Arbeiten zu den Schulen für Kranke im Bereich der Somatik gibt und meine Erfahrungen bisher nur auf der Schule für Kranke im psychiatrischen Bereich beruhen, will ich die vorliegende Arbeit wie bereits erwähnt hierbei auch nur auf diesen Bereich beschränken. Die Auseinandersetzung mit der Thematik der Schule für Kranke im psychiatrischen Bereich soll damit gleichzeitig ein Anstoß für mehr Aufmerksamkeit in diesem Bereich sein, der meiner Meinung nach bisher durch eine eher vernachlässigte Sichtweise über die Schulen für Kranke in Anbindung an eine kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung geprägt ist, was auch durch die häufig fehlende Akzeptanz und somit durch die oftmals vorherrschende Tabuisierung psychischer Erkrankungen und deren vielfältigen Auswirkungen auf das soziale Umfeld des Betroffenen noch verstärkt wird.

An dieser Stelle möchte ich mich auch für die großartige Unterstützung und Ermöglichung dieser Arbeit und deren praktische Überprüfung an der Schule für Kranke am Universitätsklinikum in Tübingen ganz herzlich bei Herrn Max Leutner und bei Frau Tonja Soergel bedanken. Ohne Ihren Mut ein solches Thema innerhalb einer multidisziplinären Institution von außen näher zu beleuchten und ohne Ihre Offenheit gegenüber nicht selten vorzufindenden Dynamiken und Auseinandersetzungen in der Zusammenarbeit zwischen der Schule für Kranke und der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wozu diese Thematik sicher auch ein Stück weit beigetragen hat, wäre diese Arbeit gar nicht erst umsetzbar gewesen. Daneben gilt mein Dank allen befragten Personen sowohl von schulischer Seite als auch von

---

klinischer Seite, die für eine solche Untersuchung sehr offen waren, und allen weiteren Personen, die mich in jeglicher Art und Weise bei dieser Arbeit unterstützt haben. Dabei möchte ich auch noch meinen herzlichen Dank für die jederzeit offene und sehr wertvolle Unterstützung auf Seiten von Herrn Professor Dr. Christoph Käßler und für die Ermöglichung eines notwendigen Austausches innerhalb des Zula-Forums von Frau Dr. Martina Hoanzl aussprechen.



## **2. Einführung**

### **2.1 Fragestellung**

In meiner Fragestellung der vorliegenden Arbeit zum Thema der Kooperation im Schnittpunkt von Sonderpädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie gehe ich dabei auf die nötigen Grundlagen sowie auf allgemeine Voraussetzungen einer interdisziplinären Kooperation ein. Daneben sollen die jeweiligen Schwierigkeiten einer solchen Zusammenarbeit im Spannungsfeld zwischen der Psychiatrie und der Pädagogik aufgegriffen werden, die in einem zweiten Schritt exemplarisch an der Schule für Kranke am Universitätsklinikum in Tübingen in der Praxis dargestellt und auf deren Gültigkeit hin überprüft werden sollen. Mögliche Verbesserungsvorschläge am konkreten Beispiel der Institution sollen dabei auch nicht unberücksichtigt bleiben und in die Arbeit mit einfließen.

Ziel der Arbeit ist es also zu beschreiben, wie eine interdisziplinäre Kooperation in diesem Bereich aussehen kann, wie diese in der Praxis umgesetzt wird und welche Chancen und Risiken sich dadurch für alle Beteiligten ergeben.

Dabei möchte ich zuallererst auf die Spezifität der Schule für Kranke an einer Kinder- und Jugendpsychiatrie eingehen und im Folgenden die Schule für Kranke in Tübingen, deren Kooperationsfelder sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tübingen kurz vorstellen, da diese als Grundlage meines Praxisteils gelten und ich es somit für sehr wichtig erachte, auf die speziellen Gegebenheiten der beiden Einrichtungen im Hinblick auf ihre gemeinsame Zusammenarbeit hinzuweisen.

Daran anknüpfend werde ich auf die Bedeutung von Schule für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche eingehen, was meiner Meinung nach als wichtiger Ausgangspunkt für die interdisziplinäre Kooperation mit der Klinik im Bezug auf die besondere Bedeutung der Beschulung im therapeutischen Kontext betrachtet werden sollte. Anschließend nähere ich mich dann dem eigentlichen Thema der Kooperation zwischen der Schule für Kranke und der Kinder- und Jugendpsychiatrie anhand der überblicksartigen Darlegung des bereits in der Literatur beschriebenen vorherrschenden Spannungsverhältnisses von Psychiatrie und Pädagogik unter dem Hintergrund historischer Entwicklungen sowie aktueller Konkurrenzpraktiken zwischen beiden Bereichen. Des Weiteren werden dann die allgemeinen Grundlagen zur interdisziplinären Kooperation thematisiert, die gegebenenfalls gleichzeitig aber

auch auf die Zusammenarbeit zwischen einer Schule für Kranke und einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung präzisiert werden. Anschließend werden dann die konkreten praktischen Umsetzungsformen der Zusammenarbeit an der KJP in Tübingen zur besseren Anschaulichkeit solcher von außen oft unbekannten Kooperationsformen kurz vorgestellt. Im Anschluss daran gehe ich im Praxisteil auf die Befragung der Vertreter der einzelnen Fachdisziplinen zur Kooperation zwischen der Schule für Kranke und der KJP in Tübingen ein. Hierbei stelle ich die Methode sowie die Ergebnisse der quantitativen Befragung anhand von Fragebögen und der qualitativen Befragung anhand von Leitfadeninterviews vor, die durch ein allgemeines Resümee in Form einer Zusammenfassung der Ergebnisse und einer Rückschau über die Bestätigung bzw. Erweiterung der bereits angeführten Schwierigkeiten im Theorieteil abgerundet werden soll. Zum Abschluss meiner Arbeit findet sich noch ein Ausblick, der weitreichendere Impulse für die interdisziplinäre Kooperation in diesem Kontext geben soll.

## **2.2 Vorgehensweise**

Um die Arbeit in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen einer Schule für Kranke und den Disziplinen einer KJP praktisch beleuchten zu können, hospitierte ich zwei Wochen an der Schule für Kranke im psychiatrischen Bereich in Tübingen und konnte dadurch den Alltag eines Klinikschullehrers und die jeweiligen Kooperationsformen miterleben. Dabei durchlief ich mit Ausnahme der Schulstelle in Rottenburg die verschiedenen Schulstellen im Primar- und Sekundarbereich, die Tagesklinik sowie das BVJ. Im Anschluss daran nahm ich zwei Monate lang an zwei Tagen der Woche an der Stationsübergabe und der Supervision unter Beteiligung der Lehrkräfte teil, um die dortigen Kooperationsformen vor Ort kennen zu lernen. Während dieser Zeit wurden auch die zehn Interviews, die mit einer Fragebogenerhebung einhergingen, mit den verschiedenen Vertretern der einzelnen Fachdisziplinen der Schule für Kranke und der KJP in Tübingen durchgeführt.

Hierbei ist noch zu erwähnen, dass ich mich in meinem Praxisteil dabei nur auf den spezifischen Ausschnitt der Kooperation zwischen der Schule für Kranke im Sekundarstufenbereich und den Jugendlichenstationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tübingen beziehe, was dadurch einen vertieften Einblick in deren Kooperationsarbeit ermöglicht. Allein die gravierenden konzeptuellen

Unterschiede zwischen der Schulstelle im Primarbereich sowie der Kinderstation und der Schulstelle im Sekundarbereich sowie der Jugendlichenstationen lassen auf ganz verschiedene Grundlagen der jeweiligen Zusammenarbeit schließen, auf die innerhalb dieses kurzen Zeitrahmens jedoch nicht eingegangen werden konnte. Da eine Berücksichtigung der gesamten Kooperationsarbeit im psychiatrischen Bereich der Schule für Kranke eher einer oberflächlichen Darstellung entgegenkommen würde, soll dies durch den Einblick in den spezifischen Ausschnitt der Zusammenarbeit zwischen den Lehrern<sup>1</sup> der Sekundarstufe und den Jugendlichenstationen der KJP umgangen werden.

---

<sup>1</sup> Der Einfachheit halber wurde bei den verschiedenen Personen- bzw. Berufsbezeichnungen jeweils die männliche Form gewählt. Sollte eine genauere geschlechtliche Spezifizierung nötig sein, so wird im Text darauf ausdrücklich hingewiesen werden.

### **3. Schule für Kranke an einer Kinder- und Jugendpsychiatrie**

#### **3.1 Begriffsklärung: Schule für Kranke**

In Baden-Württemberg gehört die „Schule für Kranke in längerer Krankenhausbehandlung“ (Schulgesetz 2005, 807) nach § 15 des Schulgesetzes zu einer der zehn verschiedenen Schultypen des Sonderschulwesens. Der Begriff der Schule für Kranke in längerer Krankenhausbehandlung wird jedoch oft abgekürzt als „Schule für Kranke“. Umgangssprachlich findet man auch häufig die Bezeichnung als „Klinikschule“ oder „Krankenhauschule“. Im Folgenden wird als Kurzform die Bezeichnung „Schule für Kranke“ verwendet.

Baden-Württemberg zählt laut Volk-Moser (2001, 87) 37 Schulen für Kranke. Davon gelten 22 als öffentliche und 15 als private Schulen. Generell unterscheidet man dabei noch zwischen verschiedenen Ausprägungen und Spezialisierungen der Schulen für Kranke (Ertle 1994, 238):

- Schule für Kranke in einem Akutkrankenhaus
- **Schule für Kranke in einer Abteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie**
- Schule für Kranke in einer Rehabilitationsklinik/Orthopädischen Klinik
- Schule für Kranke in einer Unfallklinik
- Schule für Kranke in Spezialkliniken
- Schule für Kranke in Klinikzentren

Wie bereits im Vorwort begründet, werde ich mich in meiner Arbeit auf die Schule für Kranke in einer Abteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschränken und die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Folgenden als KJP bezeichnen.

#### **3.2 Gesetzliche Grundlagen**

Neben § 15 des Schulgesetzes bilden sowohl die „Verwaltungsvorschrift zur Organisation der Schule für Kranke in längerer Krankenhausbehandlung“ vom 28. Juli 1988 als auch die „Empfehlungen der KMK zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler nach dem Beschluss der KMK vom 20.03.1998“ die gesetzliche Grundlage der Schule für Kranke.

Ergänzt wird dies zudem noch durch die EACH-Charta (European Association for Children in Hospital), die in Artikel 7 zum Recht auf Bildung und Erziehung darauf hinweist, dass jedes kranke Kind und jeder kranke Jugendliche das Recht auf Unterricht im Krankenhaus oder zu Hause hat ([www.klschule.fr.schule-bw.de](http://www.klschule.fr.schule-bw.de); 13.1.2006). Somit hat die Schule für Kranke den Auftrag dem Erziehungs- und Bildungsanspruch des kranken Kindes gerecht zu werden.

Im Rahmen der Verwaltungsvorschrift und den Empfehlungen der KMK werden die grundlegenden Aufgaben und Ziele, die Formen und die Organisation des Unterrichts, die Leistungsbewertung, Schulabschlüsse, der Einsatz und die Qualifikation der Lehrer als auch die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Schule thematisiert, die in den folgenden Punkten des Kapitels 3 zur Schule für Kranke überblicksartig skizziert werden sollen und sich im Wesentlichen auf diese Stellen beziehen.

### **3.3 Aufgaben und Ziele**

Die Schule für Kranke unterliegt als Sonderschule der allgemeinen Aufgabe der sonderpädagogischen Förderung und dient nach dem Schulgesetz von Baden-Württemberg (Schulgesetz 2005, 807) „der Erziehung, Bildung und Ausbildung von behinderten Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf, die in den allgemeinen Schulen nicht die ihnen zukommende Erziehung, Bildung und Ausbildung erfahren können.“

Insbesondere hat die Schule für Kranke zusätzlich „die Aufgabe, kranken Schülern [...], die sich voraussichtlich mindestens vier Wochen im Krankenhaus befinden oder deren Genesungsverlauf voraussichtlich insgesamt sechs Wochen übersteigt und die deshalb ihre Schule nicht besuchen können, so zu unterrichten und zu fördern, dass die Voraussetzungen für eine erfolgreiche leistungsgemäße und soziale Wiedereingliederung nach Möglichkeit in den bisher besuchten Klassen geschaffen werden kann“ (Verwaltungsvorschrift 1988, 866).

Weitere Aufgaben finden sich in den Empfehlungen der KMK zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler vom 20.03.1998 (KMK 1998), die hier noch kurz erwähnt werden sollen.

Neben *Erziehung und Bildung* gehören die *pädagogische Diagnostik* (z.B. Feststellung des Lernstandes und des Sozialverhaltes) und die *Beratung* (z.B. Schullaufbahnberatung; Beratung zur Reintegration und zu weiteren Fördermöglichkeiten an Stammschulen und Begleitung aller Beteiligten bei Wechsel der Klasse, Schule oder Schulart) sowie die *Beachtung des Aspekts der Ganzheitlichkeit* von Krankheit und schulischem Lernen (Individualisierung von Lerninhalten, Lernzielen und Lernmethoden durch die Berücksichtigung der Krankheit sowie ein Erhalt oder ein Aufbau der Schulfähigkeit) zu den Hauptaufgaben der sonderpädagogischen Förderung an Schulen für Kranke.

Hinzu kommt die besondere Bedeutung der Schule für Schüler in längerer Krankheit, die in Kapitel 8 noch näher erläutert werden soll. Aber auch die eben schon erwähnten Empfehlungen der KMK von 1998 bieten hier schon einige Ansatzpunkte: so leistet die Schule für Kranke beispielsweise einen wichtigen Beitrag zur Erleichterung der physischen und psychischen Befindlichkeit kranker Kinder und Jugendlicher, sichert die Kontinuität und Normalität der schulischen Biografie und stellt eine wichtige Voraussetzung für die Teilnahme am Leben der Gesellschaft dar.

### **3.4 Unterricht**

Der Unterrichtsbeginn und der Unterrichtsumfang werden in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt oder Therapeuten entschieden. Der Unterricht findet dabei je nach Anzahl der aufgenommenen erkrankten Schüler in Einzel- oder Gruppenunterricht statt. Dabei ist eine Zusammenfassung in Lerngruppen allein aus Gründen der näheren Schulrealität und der damit verbundenen Brückenfunktion der Schule zur Normalität und zum Alltag zu begünstigen. Mit dem Unterricht sollten in erster Linie die Hauptfächer Mathematik, Deutsch und die Fremdsprachen abgedeckt werden. Als Unterrichtsräume gelten hier Räume der Schule für Kranke, Räume der Klinik oder im Einzelfall in Form des Hausunterrichts das Zuhause des erkrankten Schülers.

Da an der Schule für Kranke Schüler aus allen Schularten zu unterrichten sind, orientiert sich der Unterricht an den Bildungsplänen der bisher besuchten Stammschule. Diese stellt alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung und informiert auf Anfrage der Krankenhausschule über die geplanten Lernziele und

Unterrichtsinhalte. Aufgrund der Tatsache, dass die Schüler an der Schule für Kranke nach verschiedenen Bildungsplänen und zum Zeitpunkt ihrer Erkrankung unterrichtet werden, kommt der Individualisierung, der Differenzierung und der Ganzheitlichkeit des Unterrichts an der Schule für Kranke eine besondere Bedeutung hinzu. Die erarbeiteten Unterrichtsinhalte und die gegebenenfalls festgestellten Lernergebnisse während der Krankenhausbehandlung werden in schriftlicher Form festgehalten und bilden die Grundlage für den Abschlussbericht, welcher an die künftige Schule nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes weitergeleitet wird.

### **3.5 Nachteilsausgleich**

Auch der Nachteilsausgleich hat für kranke Schüler eine wichtige Bedeutung. Er beruht auf der Grundlage des Grundgesetzes (Grundgesetz Artikel 3, Absatz 1 und 3): „Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich“ und „...Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“.

Daher muss von einer besonderen Verantwortung gegenüber Menschen mit Behinderungen, was auch eine krankheitsbedingte Einschränkung mit einschließt, ausgegangen werden, die somit auch in Hinsicht auf die Institution Schule anzuwenden ist.

Der Nachteilsausgleich ([www.klschule.fr.schule-bw.de](http://www.klschule.fr.schule-bw.de); 13.11.2006) kann sich dabei auf verschiedene Formen stützen:

- Arbeitszeit bei Klassenarbeiten und Prüfungen (individuelle Verlängerung, Unterbrechungen, etc.)
- Zulassung bzw. Bereitstellung spezieller Arbeitsmittel (Schreibmaschinen, Computer, Kassettenrecorder, spezifisch gestaltete Arbeitsblätter, spezielle Stifte, größeres Schriftbild, Blindenschrift, etc.)
- unterrichtsorganisatorische Veränderungen (individuell gestaltete Arbeitsabschnitte, Arbeitsplatzorganisation, etc.)
- differenzierte Hausaufgabenstellung

### **3.6 Zeugnisse und Prüfungen**

Sofern die Dauer des Krankenhausaufenthalts und die Teilnahme am Unterricht eine Beurteilung zulässt, erhält der Schüler zu den jeweiligen Zeugnistermeninen (Halbjahres-/Ganzjahreszeugnis) und nach Beendigung des Besuchs des Krankenhausunterrichts eine Leistungsbewertung in den einzelnen Unterrichtsfächern. Diese wird von der jeweiligen Stammschule übernommen und in das bisherige Zeugnis der Stammschule eingefügt oder sogar von dieser angefertigt, so dass auch hier aufgrund des längeren Krankenhausaufenthaltes kein Nachteil entsteht. Hierbei kann natürlich auch auf eine Erwähnung des Krankenhausaufenthaltes im Zeugnis verzichtet werden, was v.a. nach einem Aufenthalt aufgrund einer psychischen Erkrankung berücksichtigt wird, um eine Stigmatisierung des Schülers in Folge der gesellschaftlichen Inakzeptanz psychischer Krankheit zu verhindern.

Prüfungen können ebenfalls in Zusammenarbeit mit der jeweiligen Stammschule abgelegt werden. Zudem ist die Schule für Kranke berechtigt, Schulabschlüsse zu erteilen, was jedoch einer Überprüfung der Schulaufsichtsbehörde bedarf. Generell dürfen dem Schüler einer Schule für Kranke gegenüber seinen nicht erkrankten Mitschülern keine Nachteile entstehen.

### **3.7 Schüler an Schulen für Kranke**

Die Schüler einer Schule für Kranke zeichnen sich durch ihre hohe Heterogenität aus. Sie sind Schüler aller möglichen Schularten und Jahrgangsstufen. Ihre Altersbandbreite erstreckt sich dabei vom Grundschulalter über das Ende der allgemeinen Schulpflicht bis hin zum Abiturienten oder Berufsschüler.

Ihre Verweildauer ist ebenfalls sehr unterschiedlich. Sie kann von einem Kurzaufenthalt von wenigen Wochen, in Ausnahmefällen sogar bis hin zu mehreren Jahren dauern. Ihre Heterogenität wird zudem noch durch die unterschiedlichen Krankheitsbilder der Schüler einer Schule für Kranke verstärkt.

In der folgenden Darstellung der Krankheitsbilder wird zur Bedeutung und Eingrenzung der Arbeit wiederum nur auf die Krankheitsbilder an einer Schule für Kranke in der Abteilung der KJP eingegangen.



Zu den allgemeinen Krankheitsbildern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehören nach Remschmidt (2005, 111-344):

- Intelligenzminderungen und Demenzzustände
- Psychische Störungen im Zusammenhang mit zerebralen Störungen oder bei zerebralen Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)
- Teilleistungsstörungen (z.B. Lese- und Rechtschreibstörungen, Rechenstörungen, motorische Störungen)
- Hyperkinetische Störungen (z.B. ADS, ADHS)
- Tics und motorische Stereotypen (z.B. Tourette-Syndrom)
- Selbstverletzendes und suizidales Verhalten (z.B. Borderline-Syndrom)
- Störungen des Sprechens und der Sprache (z.B. Mutismus)
- Autistische Syndrome (z.B. Asperger-Syndrom)
- Schizophrene Störungen
- Affektive Störungen (z.B. Depression, Manie)
- Angststörungen (z.B. Schulangst, Schulphobie, Agoraphobie)
- Zwangsstörungen
- Essstörungen (z.B. Bulimie, Anorexie, Adipositas)
- Persönlichkeitsstörungen
- Alkohol- und Drogenabhängigkeit
- Störungen des Sozialverhaltens, Dissozialität und Delinquenz
- Störungen der Sexualentwicklung und des Sexualverhaltens
- Körperliche Misshandlung und Vernachlässigung
- Sexueller Missbrauch und sexuelle Misshandlung
- Psychische Störungen bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen

### **3.8 Lehrer an Schulen für Kranke**

Da das Schülerklientel der Schulen für Kranke wie bereits beschrieben eine große Heterogenität bezüglich der Schulart und Jahrgangsstufe aufweist, ist eine ebenso heterogene Vertretung von Lehrerinnen und Lehrern aller Schularten an Schulen für Kranke notwendig, um die spezifischen Unterrichtsausfälle des erkrankten Schülers an der Stammschule möglichst gut kompensieren zu können und eine mögliche Wiedereingliederung in diese zu erleichtern. So unterrichten an einer Schule für

Kranke trotz ihres Sonderschulstatus neben Sonderschullehrern häufig auch Realschul- und Gymnasiallehrer.

Des Weiteren sollen nach den Empfehlungen der KMK von 1998 „in der Schule für Kranke [...] nur solche Lehrkräfte unterrichten, die für die Besonderheiten dieses Unterrichts aufgeschlossen und bereit sind, sich dieser Aufgabe zu stellen, sowie über Berufserfahrung verfügen“ (KMK 1998).

Neben der Lehrbefähigung im jeweiligen Lehramt und einer sonderpädagogischen Kompetenz in Diagnostik, Beratung und Gesprächsführung werden nach Ertle (1997, 234-243) von den Lehrern einer Schule für Kranke jedoch noch weitere, sehr bedeutsame Qualifikationen erwartet, wie beispielsweise ein hohes Maß an Flexibilität, die Kooperationsbereitschaft mit Erziehungsberechtigten und aller am Heilungsprozess Beteiligten, grundlegende pädagogische, psychologische und medizinische Fachkenntnisse sowie die Bereitschaft zu regelmäßiger Fortbildung.

Auch die psychische Stabilität von Krankenhauslehrern ist dabei nicht zu vernachlässigen, was an manchen Schulen für Kranke durch die Ermöglichung der Teilnahme an regelmäßigen Supervisionen unterstützt wird.

### **3.9 Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Schule**

Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Schule ist ebenfalls in der Verwaltungsvorschrift vom 28. Juli 1988 enthalten und besagt folgendes:

*„Die Unterrichtung von kranken Schülern im Krankenhaus erfordert die einvernehmlich organisatorische Abstimmung des Krankenhausbetriebes und des Unterrichtsbetriebes unter Berücksichtigung der Aufgaben und Erfordernisse der beiden Einrichtungen.*

*Um eine optimale Wirksamkeit von Krankenhausbehandlung und Unterricht zu erreichen, bedarf es der Zusammenarbeit von Lehrern und behandelnden wie betreuenden Fachkräften. Durch gegenseitige Information und entsprechende Koordination zu treffender Maßnahmen sind die notwendigen Voraussetzungen für einen Therapie- und Unterrichtsplan gegeben, der der Situation des Schülers entspricht. Dabei sind auch Informationen über die Besonderheiten des*

---

*Krankheitsbildes, der geistig-seelischen Situation des Patienten und seiner Umweltprobleme notwendig. In die Zusammenarbeit sind die Erziehungsberechtigten mit einzubeziehen“ (Verwaltungsvorschrift 1988).*

Hierin zeichnet sich sowohl im Hinblick auf die ganzheitliche Förderung des erkrankten Schülers aus schulischer Sicht als auch im Hinblick auf die ganzheitliche Förderung des Patienten aus therapeutischer Sicht eine eindruckliche Forderung des Kultusministeriums zur regelmäßigen Absprache und Abstimmung zwischen Schule und Klinik ab, deren tatsächliche Umsetzung dabei jedoch immer in der Verantwortung der jeweiligen Schule für Kranke und der zugehörigen Klinik liegt.

### **3.10 Besonderheiten einer Schule für Kranke an einer KJP**

Neben der zusätzlichen Kooperationsbereitschaft weist die Schule für Kranke noch weitere erwähnenswerte Besonderheiten auf, welche auch speziell auf den Unterricht von aufgenommenen Schülern an einer Abteilung der KJP zutreffen. Je nach Krankheitsbild des Schülers und dem Therapiekonzept der jeweiligen Klinik ergibt sich hier nämlich eine unterschiedlich starke Schülerfluktuation, die durch die immer kürzer werdende Verweildauer in Krankenhäusern im Zuge der Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen noch verstärkt wird.

Somit sind die Schulen für Kranke häufig einem ständigen und unregelmäßigen Schülerwechsel unterworfen, der die Möglichkeit planbarer längerer Unterrichtssequenzen oder Projekte sowie eine pädagogisch sinnvolle Strukturierung des Unterrichtszeitraums sehr erschwert oder fast unmöglich macht.

#### 4. Aufbau der Schulstellen an der KJP Tübingen<sup>2</sup>

Aufgrund der exemplarischen Ausrichtung meiner Arbeit auf die Schule für Kranke in Tübingen (hier: die Schulstelle und den Stationen in der KJP) und um eine erste Grundlage für meine Befragung zur Zusammenarbeit zwischen der staatlichen Schule für Kranke im psychiatrischen Bereich und der KJP Tübingen zu schaffen, werde ich als institutionellen Hintergrund meiner Untersuchung im Folgenden den gesamten Aufbau der Schule für Kranke in Tübingen kurz darstellen.

Dieser gliedert sich dabei folgendermaßen:

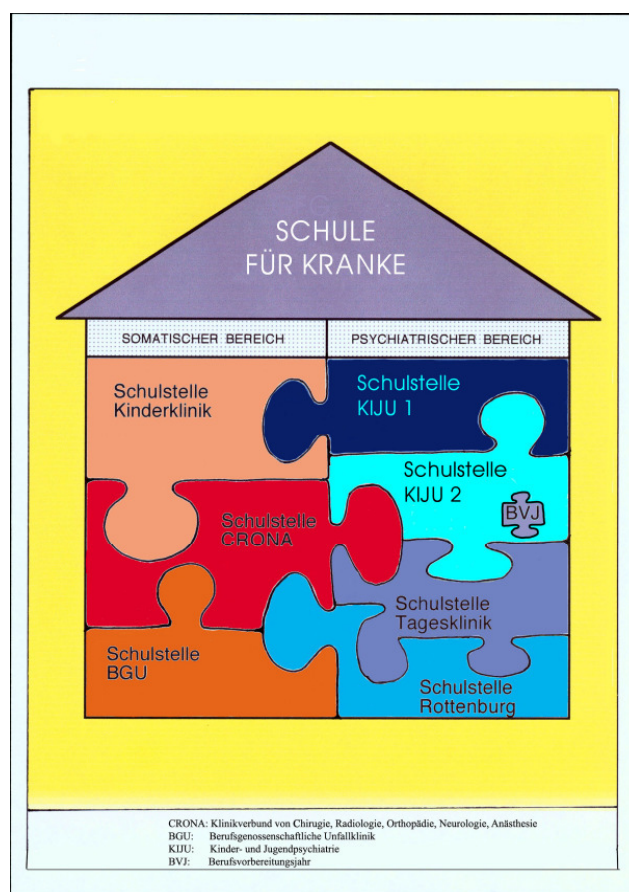


Abbildung 1: Aufbau der Schule für Kranke am Universitätsklinikum in Tübingen

Die Staatliche Schule für Kranke am Universitätsklinikum in Tübingen ist eine eigenständige Einrichtung, sie ist somit autark und untersteht dem Staatlichen

<sup>2</sup> Bei der Beschreibung der einzelnen Schulstellen beziehe ich mich hauptsächlich auf die Darstellung der einzelnen Schulstellen in den nicht veröffentlichten Arbeitspapieren der Schulstellen der Staatlichen Schule für Kranke am Universitätsklinikum Tübingen vom November 2006 als auch auf die unveröffentlichte Version der Stellenbeschreibungen der einzelnen Schulstellen vom Oktober 2002.

Schulamt Tübingen und ist somit in formaler Hinsicht nicht in die Hierarchie der jeweiligen Kliniken eingebunden.

Aufgrund der Eingrenzung der Arbeit auf die Schule für Kranke im psychiatrischen Bereich werde ich dabei im Folgenden nur auf die Schulstellen an der KJP Tübingen näher eingehen, da ja wie bereits erwähnt auch nur diese (mit Ausnahme der Schulstelle in Rottenburg) im Rahmen meiner Hospitation in Tübingen durchlaufen wurden.

Der Unterricht findet in den Räumen der Klinik statt, wobei mit Ausnahme der Tagesklinik eine räumliche Trennung entweder durch ein eigenes Stockwerk oder im Falle des BVJ durch ein anderes Gebäude zwischen Schule und Station besteht. Zum Zeitpunkt der Untersuchung befinden sich die Schule für Kranke der KJP sowie die zugehörigen Stationen wegen Renovierungsarbeiten im ehemaligen HNO-Klinikgebäude.

#### **4.1 Schulstelle KiJu 1**

Die Schulstelle der Kinder- und Jugendpsychiatrie 1 (KiJu 1) unterrichtet alle stationär aufgenommenen Schüler der Kinderstation in der KJP Tübingen.

##### **Aufgaben und Ziele:**

Die wesentliche Aufgabe der Schule für Kranke besteht in der Eingliederung des Schulalltags - mit all seinen Forderungen und Verpflichtungen - in den Klinikalltag, um damit wieder etwas mehr Lebensrealität und Normalität in die nun sehr von Krankheit und Therapie geprägte Lebenssituation der jungen Patienten zu bringen. Daneben werden verschiedene Schwerpunkte in der Förderung des Leistungs- und Sozialverhaltens sowie in der Stärkung des Selbstvertrauens in die eigene Leistung gesehen.

##### **Unterricht:**

Die schulpflichtigen Patienten nehmen am Vormittag am Unterricht teil. Die Unterrichtszeit wird abhängig vom Krankheitszustand und -bild auf 15 Minuten bis vier Stunden täglich festgelegt und wird im Gegensatz zu den Jugendlichenstationen nicht durch verschiedene Therapieangebote unterbrochen.

Der Unterricht findet dabei sowohl in Form von Gruppen- als auch in Form von Einzelunterricht statt. Der Gruppenunterricht ist dabei stark auf Projekte unterschiedlicher Themenfelder ausgerichtet, während sich der Einzelunterricht am jeweiligen individuellen Förderplan in Abstimmung mit dem Lehrplan des Schülers orientiert.

Je nach Gesundheitszustand des Patienten ist aber auch ein Besuch einer Schule in Tübingen als „Gastschüler“ möglich, sofern dies in Absprache mit dem zuständigen Arzt oder Psychologen der Klinik zugelassen wird.

Auf die darüber hinausreichenden Kooperationsaufgaben der Klinikschullehrer aller Schulstellen wird im Kapitel 5 noch näher eingegangen.

#### Schüler:

Bei den Schülern der KiJu 1 handelt es sich um acht, häufig männliche Schüler im Alter von sieben bis ca. 14 Jahren aller Schularten und Bildungsgänge des Primarbereichs und der Sekundarstufe 1.

Die häufigsten Krankheitsbilder der Schüler sind hier: ADHS, Dissozialität, Schulverweigerung, Mutismus, Depression, Anorexie, Enkopresis/Enuresis.

Ihre Verweildauer schwankt dabei häufig zwischen drei und zwölf Monaten.

#### Lehrer:

Unterrichtet werden die Schüler im Team von zwei Lehrkräften (einer Lehrerin und einem Lehrer), die beide über eine abgeschlossene Ausbildung als Sonderschullehrer und über eine langjährige Berufserfahrung verfügen. Daneben besteht noch die Möglichkeit des Religionsunterrichts durch den Krankenhauspfarrer.

### **4.2 Schulstelle KiJu 2**

Auch hier unterrichtet die Schulstelle der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2 (KiJu 2) alle stationär aufgenommenen Schüler der beiden Jugendlichenstationen der KJP.

#### Aufgaben und Ziele:

Eine wichtige Aufgabe findet sich dabei im Unterricht während des stationären Aufenthalts, in der Zuführung zu einer adäquaten schulischen Laufbahn, in der Zurückführung der Schüler in ihre alte Klasse, in der Integration der Schüler in einer möglichen anderen Schulart oder in einer angegliederten Schule einer

entsprechenden Nachsorgeeinrichtung. Ziel ist es dabei, den Anschluss an die jeweilige Jahrgangsklasse zu halten. Daneben besteht hier die weitere Aufgabe des Klinikschullehrers in der Vorbereitung des Schülers auf eine adäquate Klasse einer geeigneten Schulart. Somit spielt die Schullaufbahnberatung des jeweiligen Schülers eine wichtige Rolle im Aufgabenfeld des Klinikschullehrers.

Eine weitere Aufgabe im Unterrichten von Schülern einer Sekundarstufe ist jedoch auch hier die Vorbereitung auf verschiedene Schulabschlüsse wie den Hauptschul-/Realschul- oder BVJ-Abschluss sowie die Vorbereitung auf die Zentralen Klassenarbeiten im Anschluss an Klasse 10 des Gymnasiums. Dabei ist es immer wieder wichtig, auf die jeweiligen schulischen Einzelfälle individuell einzugehen und diese immer wieder an den Möglichkeiten der Schüler anzupassen.

#### Unterricht:

Dem Bildungsgang und der Klassenstufe des Schülers entsprechend kann ein großes Spektrum an Fachunterricht abgedeckt werden:

Deutsch, Englisch, Französisch, Latein, Mathematik, Physik, Chemie, Biologie, Informatik, NWA, EWG, GWG, WZG, Geschichte, Religion, BK und Sport.

Der Umfang des Unterrichts variiert dabei von 30 Minuten täglich bis zu 17 Stunden pro Woche. Die Schüler haben feste Wochenstundenpläne, die sich allerdings nach Absprache mit Station aufgrund von Therapieangeboten von Woche zu Woche verändern können.

Auch hier erfolgt der Unterricht in Gruppen- oder Einzelsituation, jedoch ist ein Gruppenunterricht nicht immer möglich. Auch wenn eine Zusammenführung der Schüler allein aus Gründen der näheren Schulrealität und damit der Normalität generell zu favorisieren ist, kann dies jedoch gerade für die Patienten der Jugendlichenstationen nicht immer berücksichtigt werden. Die Gründe hierfür liegen häufig in ihrer sehr individuellen schulischen Zielsetzung. Sie müssen oftmals sehr zielgerichtet auf Prüfungen und Klassenarbeiten im jeweiligen Fachunterricht der Sekundarstufe 1 und 2 vorbereitet werden, was einem Gruppenunterricht häufig entgegensteht.

Schüler:

Die Schülerzahl liegt auch hier entsprechend zu den stationären Aufnahmeplätzen der beiden Jugendlichenstationen bei insgesamt 18 Schülern aus allen Schularten des Sekundarbereichs 1 und 2 im durchschnittlichen Alter von 14 bis 18 Jahren.

Dabei ist die Überrepräsentation von Mädchen, die eine Realschule oder ein Gymnasium besuchen, auffällig.

Die häufigsten Krankheitsbilder der Jugendlichen sind dabei Essstörungen, Suizidalität, Schulangst, Schulverweigerung, Psychosen, Neurosen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen und vieles andere.

Die Aufenthaltsdauer der Patienten der Jugendlichenstationen liegt dabei zwischen drei und 18 Monaten, im Durchschnitt beträgt sie acht bis neun Monate.

Lehrer:

Im Sekundarbereich der Schulstelle der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2 arbeiten derzeit neun Lehrerinnen und Lehrer verschiedener Schularten (Sonderschul-, Grund- und Hauptschul- sowie Gymnasiallehrer und ein Krankenhauspfarrer).

**4.3 Berufsvorbereitungsjahr (BVJ)**

Im Berufsvorbereitungsjahr (BVJ) der Schule für Kranke, welches zur Schulstelle der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2 (KiJu 2) zählt, findet man sowohl Patienten der beiden Jugendlichenstationen der KJP als auch externe Schüler. Diese sind entweder über die Ambulanz der KJP in Tübingen angebunden oder über den Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit in Rottenburg, mit dem eine enge Zusammenarbeit besteht.

Aufgaben und Ziele:

Das einjährige BVJ dient hierbei der Erfüllung der Berufsschulpflicht, dem Erreichen des BVJ-Abschlusses und dem Erreichen des Hauptschulabschlusses in Form einer Ergänzungsprüfung.

Auf diese Weise ist auch für Schulabbrecher aus Realschulen und Gymnasien die Möglichkeit gegeben, einen Schulabschluss zu erreichen, wodurch die psychisch kranken Jugendlichen wieder mehr Selbstzuversicht in ihre eigene Leistungsfähigkeit gewinnen können.



Unterricht:

Der Unterricht im BVJ ist hier zum einen in einen fachpraktischen Teil in der Holz- und Metallverarbeitung sowie in einen fachtheoretischen Teil, der die Fächer Deutsch, Mathematik, Englisch, Technologie, Arbeitsplanung, Gemeinschaftskunde und Wirtschaftslehre sowie ITG und Sport umfasst, aufgeteilt.

Dabei beträgt der Stundenumfang für die BVJ-Schüler bis zu 22 Wochenstunden. Für die Fachpraxis und den werkstofflichen Fachunterricht ist hierbei die Werkstatt mit einem zugehörigen Gruppenraum in der Ambulanz der KJP der Unterrichtsort. Die anderen Fächer werden in den Räumen der Schulstellen der KiJu 1 und KiJu 2 unterrichtet.

Schüler:

In das BVJ können maximal fünf Schüler im berufsschulpflichtigen Alter mit oder ohne Hauptschulabschluss aufgenommen werden. Die häufigsten Krankheitsbilder entsprechen dabei denen der KiJu 2 (siehe Kapitel 4.2).

Lehrer:

Der fachpraktische und werkstofflich fachtheoretische Unterricht wird von zwei Berufsschullehrern erteilt. Die anderen fachtheoretischen Fächer werden von zwei Sonderschullehrern der KiJu 2 unterrichtet.

**4.4 Schulstelle der Tagesklinik**

In der Tagesklinik werden zehn bis zwölf Kinder am Vor- und Nachmittag der regulären Werktage betreut und behandelt. Die Kinder bleiben somit im Gegensatz zur stationären Aufnahme in ihrem vertrauten sozialen Umfeld, der Familie, und erhalten gleichzeitig in der Tagesklinik eine umfassendere Betreuung und Behandlung als dies im ambulanten Betreuungs- und Therapiesetting möglich ist. Die Tagesklinik versteht sich dabei gegenüber einer stationären Unterbringung als niederschwelligeres Angebot und kann unter Umständen als Vorstufe einer stationären Behandlung gelten. Die Schüler der Tagesklinik sind dabei für den Zeitraum der Behandlung an der Tagesklinik bei ihrer Heimatschule krank gemeldet und werden in der Schulstelle vor Ort unterrichtet.

### Aufgaben und Ziele:

Neben der Vorbereitung und Durchführung des Unterrichts besteht die hauptsächliche Aufgabe der Lehrer der Tagesklinik in der Unterstützung der psychologischen Diagnostik durch Unterrichtsbeobachtung und in der ergänzenden Diagnostik und Beratung aus schulischer Sicht. Dies ergibt sich aus der Erkrankung der spezifischen Klientel der Tagesklinik, die die Schule als zentrales Thema der psychischen Störung versteht und daher sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie auf die pädagogische Diagnostik der Klinikschullehrer innerhalb des Schulunterrichts angewiesen ist.

Ziele sind dabei das Fördern und Fordern als unterrichtliches Handlungsprinzip, die Stärkung der Integrations- und Gruppenfähigkeit, der Ausbau sozialer Kompetenzen sowie die Entwicklung von Vertrauen in die eigenen Kompetenzen und das Erkennen der eigenen Leistungsmöglichkeiten der Schüler.

### Unterricht:

Der differenzierte Unterricht richtet sich auch hier nach dem Lehrplan der jeweiligen Schulart sowie den individuellen Bedürfnissen und Krankheitsbildern der Schüler und erfolgt in zwei altersheterogenen Gruppen in zwei räumlich getrennten Klassenzimmern. Gemeinsame Projekte oder fächerübergreifender Unterricht machen einen weiteren Schwerpunkt des Unterrichtens aus, der zudem noch durch vielfältige Öffnungen des Unterrichts (z.B. durch Besuche im Theater, der Stadtbücherei oder Lerngänge) nach außen gekennzeichnet ist.

Neben dem Gruppenunterricht erhält jeder Schüler pro Woche eine Einzelstunde. Der tägliche Unterrichtsumfang beträgt dabei bis zu drei bis vier Stunden.

### Schüler:

Die aufgenommenen zehn bis zwölf Schüler der Tagesklinik sind Schüler aller Schularten von Klasse 1 bis 7. Vorwiegend besuchten sie zuvor eine Grund- oder Hauptschule, eine Förderschule oder eine Schule für Erziehungshilfe.

Ihre Verweildauer beträgt häufig bis zu sechs Monaten und die Krankheitsbilder der Schüler beinhalten wie bereits angesprochen oftmals Störungsbilder, die im Zusammenhang mit dem Schulbesuch zu sehen sind und/oder dort besonders deutlich werden, wie ADHS, Störungen im Sozial- und Arbeitsverhalten, Schulangst,

Schulphobie, Zwangsstörungen, Enkopresis/Enuresis, Mutismus sowie emotionale Störungen.

#### **4.5 Schulstelle Rottenburg**

Die folgende Schulstelle soll hier nur grob skizziert werden, da sie innerhalb meines Hospitationszeitraums aufgrund der Fülle an Schulstellen und der Einschränkung meiner Arbeit in Bezug auf die Thematik der Kooperation zwischen der Schule für Kranke und der KJP in Tübingen nicht im Blickfeld der Untersuchung stand und in vielerlei Hinsicht durch ihre Einzigartigkeit hervorsteicht.

Die Schulstelle Rottenburg – „Schule am Ufer“ ist eine Schulstelle der Schule für Kranke in Tübingen. Die therapeutische Begleitung der Schüler erfolgt hier im Gegensatz zu den anderen Schulstellen der KJP in Tübingen nicht durch eine Klinik, sondern durch den Verein für psychoanalytische Sozialarbeit in Rottenburg, der als Träger des therapeutischen Heimes auch einen Teil der Schüler außerschulisch betreut. Die gemeinsame Trägerschaft von einem privaten Verein und dem Land Baden-Württemberg gilt dabei bis heute als Besonderheit in der Schullandschaft.

Die Schülerklientel unterscheidet sich von den anderen Schulstellen in Hinsicht auf die Schwere und die Dauer der Krankheit. Hier werden speziell nur Kinder und Jugendliche mit schweren psychiatrischen Erkrankungen, die bereits schon in der frühen Kindesentwicklung ausgebildet wurden, aufgenommen, wie Autismus, schweren Psychosen und Borderline-Problematik. Die starke Spezialisierung der Schülerklientel macht dadurch ein spezielles Unterrichtskonzept notwendig, das eines seiner Hauptziele in der Stärkung der sozialen Integration und der Vermittlung von Alltagskompetenzen sieht.

## **5. Kooperation an der Schule für Kranke an der KJP in Tübingen**

Das folgende Kapitel soll hier einen Überblick über die facettenreiche Kooperationsarbeit der Lehrer an einer Schule für Kranke geben und als Grundlage und als Rahmen für die spezielle Kooperation mit der Klinik angeführt werden. Dabei beziehe ich mich hauptsächlich auf meine Erfahrungen innerhalb meiner mehrwöchigen Hospitation an der Schule für Kranke in Tübingen.

Einen ersten Überblick über das vielseitige Kooperationsfeld des Klinikschullehrers soll dabei folgendes Schaubild geben:

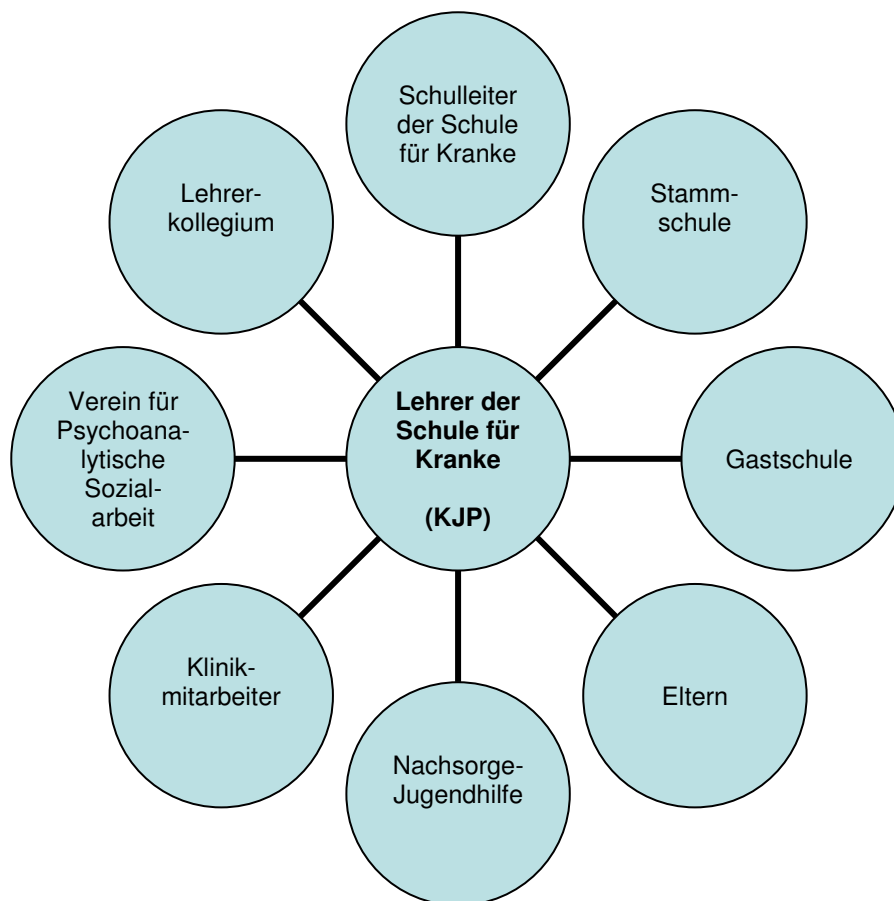


Abbildung 2: Kooperationsfeld eines Lehrers an der Schule für Kranke in der Abteilung der KJP in Tübingen

### **5.1 Kooperation mit den anderen Schulstellen im psychiatrischen Bereich**

Aus Sicht der KiJu 2, der Schulstelle der beiden Jugendlichenstationen, zeigt sich die Zusammenarbeit mit den klinischen Schulstellen innerhalb der Schule für Kranke sehr vielschichtig. So werden zum Beispiel gemeinsame Projekte wie die Adventsfeier und der Musikunterricht zusammen mit der Schulstelle der KiJu 1, der

Kinderstation, durchgeführt, was durch die räumliche Nähe der beiden Schulstellen, beide haben ihre Klassenzimmer im gleichen Gebäude, unterstützt wird. Daneben geben die Lehrer der KiJu 1 noch Fachunterricht (ITG) für die Schüler der KiJu 2, umgekehrt erteilen aber auch die Lehrkräfte der KiJu 2 Fachunterricht (z.B. Englisch, Französisch, Mathematik und Physik) für Schüler der KiJu 1.

Darüber hinaus ergibt sich aber auch manchmal die Notwendigkeit der Kooperation zwischen der KiJu 2 und der Tagesklinik, z.B. wenn es bei einem Schüler um die Abdeckung speziellen Fachunterrichts, häufig Gymnasialunterricht in den Fächern Mathematik, Physik und den Fremdsprachen, geht und die Tagesklinik diesen durch die dafür häufig unzureichende Qualifikation der Sonderschullehrer nicht anbieten kann. Dies kann somit durch das zusätzliche Angebot der Gymnasiallehrer an der KiJu 2 ausgeglichen werden.

## **5.2 Kooperation mit externen Schulen**

Hierunter fällt erstmals die bedeutende und auch sehr aufwendige Zusammenarbeit mit den *Stammschulen* der Schüler der Schule für Kranke.

Die Schule für Kranke tritt dabei kurz nach dem schulischen Aufnahmegespräch des erkrankten Schülers mit der jeweiligen Stammschule in Kontakt, um erste Informationen über die geplanten Unterrichtsinhalte, Lernziele und über die Voraussetzungen des Schülers einzuholen. Des Weiteren sucht die Schule für Kranke bei weiteren Fragen den Austausch mit der Stammschule und ist zugleich offen für weitere Anfragen der Stammschule zu den schulischen Belangen des erkrankten Schülers.

Schulbesuche zur Reintegration oder die Information der Heimatschulklasse über das Krankheitsbild des psychisch erkrankten Schülers gestalten sich jedoch schwierig, was u.a. durch die starke Tabuisierung psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft und die dadurch entstehenden Ausgrenzungsängste der Patienten und deren Angehörigen bedingt sein kann. Oftmals neigen die Angehörigen dazu die psychische Erkrankung zu verschweigen oder zu verschleiern. Eine Anregung der Schüler zu einem freiwilligen Briefwechsel mit der Heimatklasse bildet dabei jedoch einen ersten Schritt in Richtung einer Sensibilisierung für die Bedürfnisse und die schwierige Situation psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und der Schaffung von Transparenz über den Klinikalltag der Schüler und bietet darüber hinaus die Möglichkeit einer Enttabuisierung psychischer Erkrankungen.

Während der gesamten Krankenhausbehandlung werden zudem die erarbeiteten Unterrichtsinhalte, das schulische Lern- und Leistungsverhalten sowie die festgestellten Lernergebnisse vom zuständigen Klinikschullehrer schriftlich festgehalten. Diese fließen in der Regel nach Abschluss der Krankenhausbehandlung in den Schulbericht des erkrankten Schülers an der bisherigen Schule ein. Der Schulbericht wird aber auch bei längerer Verweildauer jeweils zum Halbjahreswechsel als auch zum Schuljahresende an die Stammschulen verfasst und weitergeleitet. Das Zeugnis wird dabei in Absprache mit der Schule für Kranke von der Stammschule ausgestellt. Grundlage bilden hierfür die Schulberichte der Schule für Kranke. Der Aufenthalt des Schülers in einer KJP wird dabei nicht erwähnt, um einer weiteren Stigmatisierung oder Benachteiligung entgegen zu wirken.

Eine weitere Form der Zusammenarbeit der Schule für Kranke im psychiatrischen Bereich zeigt sich in der Durchführung von Schulversuchen an den umliegenden *Gastschulen*. Hier sollen die Schüler durch einen Besuch einer externen Schule den ersten Schritt zurück in die Schulrealität wagen. Dieser wird während der gesamten stationären Aufnahme des Schülers von Station aus begleitet und betreut, um die notwendige Stabilität der Schüler im direkten Kontakt zur Außenwelt zu wahren. Der Schulversuch findet dabei verstärkt in der Entlassphase des Patienten statt, um dessen Belastbarkeit im schulischen Leistungsbereich zu testen. Die Organisation des Schulversuchs an der Gastschule gehört dabei zur Aufgabe des betreuenden Klinikschullehrers, der die ersten Anfragen an die externen Schulen stellt und ebenso den Kontakt während der gesamten Dauer des Schulversuchs hält und jederzeit für schulische Anfragen der Gastschule bereit steht.

### **5.3 Kooperation mit der Klinik**

Die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Klinik stützt sich auf eine sehr weite interdisziplinäre Kooperation. Die Lehrer pflegen dabei hauptsächlich den Kontakt zwischen dem Erziehungs- und Pflegedienst, zum Körper- und zur Ergotherapeuten sowie zu den Ärzten und Psychologen auf Station, die für die jeweiligen Schüler verantwortlich sind. Der gemeinsame Austausch findet dabei z.B. durch die Teilnahme der Lehrer an der Stationsübergabe und an der stationsinternen Supervision statt.

Eine ausführlichere Beschreibung der Zusammenarbeit findet sich dabei in Kapitel 10 ff., welches sich hauptsächlich mit der exemplarischen Untersuchung und der Befragung zur Zusammenarbeit zwischen Schule für Kranke und Station beschäftigt.

#### **5.4 Kooperation mit den Eltern**

Der Kontakt mit den Eltern oder Sorgeberechtigten der Schüler der Schule für Kranke beinhaltet unter anderem die Schullaufbahnberatung. Bei den Elterngesprächen wird also zum Beispiel thematisiert, welche weitere schulische Laufbahn denkbar wäre, ob eine Wiederholung einer Klassenstufe oder gar eine Umschulung auf eine andere Schule bzw. Schulart sinnvoll wäre und wie die weitere schulische Zielsetzung in Absprache mit der weiteren Behandlungstherapie aussehen kann. Die Elterngespräche zu den schulischen Belangen finden dabei in den Räumen der Schule und immer unter Einbezug der jeweiligen Bezugspersonen und Verantwortlichen von Station statt.

#### **5.5 Kooperation mit der Jugendhilfe – Nachsorge**

Im Gegensatz zu vielen somatischen Kliniken, in denen Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist die Verbindung mit den Einrichtungen der Jugendhilfe im Anschluss an die stationäre Behandlung an einer KJP sehr viel notwendiger, da ein beachtlicher Teil der erkrankten Schüler – der zuständige Sozialpädagoge für die Nachsorge spricht dabei von ca. 40% der erkrankten Kinder und Jugendlichen – in eine entsprechende Nachsorgeeinrichtung der Jugendhilfe oder privater Träger vermittelt werden müssen. Dies ergibt sich dadurch, dass im Kontext psychischer Erkrankungen häufig nicht von einer vollständigen Heilung ausgegangen werden kann und daher oft eine weitere ambulante oder teilstationäre Betreuung der Kinder und Jugendlichen erforderlich ist. Da bei der Suche nach einer passenden Nachsorgeeinrichtung auch der schulische Aspekt (z.B.: Bietet die Nachsorgeeinrichtung auch die passende Beschulung an? Besteht ein notwendiger Förderschulzweig? usw.) eine wichtige Rolle spielt, wird auch hier der Kontakt des Klinikschullehrers mit dem zuständigen Sozialpädagogen des Sozialdienstes der Klinik in Tübingen für die Nachsorge nötig.

### **5.6 Kooperation mit dem Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit e.V.**

Der Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit e.V. in Rottenburg betreut psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche.

Die Zusammenarbeit der Klinikschullehrer an der Schule für Kranke gestaltet sich dabei auf zwei Ebenen als erforderlich. Zum einen fungiert die Schulstelle „Schule am Ufer“ in Rottenburg (siehe Kapitel 4.5) als möglicher Schulort für Kinder und Jugendliche mit schweren psychischen Erkrankungen, die vom Verein therapeutisch betreut werden. Zum anderen ergibt sich durch die Aufnahme externer Schüler in das BVJ (siehe Kapitel 4.3) der KJP eine notwendige Zusammenarbeit zwischen den Therapeuten des Vereins und den Lehrern der Schulstelle der KJP.

Nach Anforderung besteht dabei auch hier die Möglichkeit und Notwendigkeit des Informationsaustausches anhand von Gesprächen, durch die Teilnahme an Supervisionen oder durch gezielte Teambesprechungen.

### **5.7 Arbeitsgruppe „Pädagogik bei Krankheit“<sup>3</sup>**

An dieser Stelle soll hier noch kurz auf die interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Pädagogik bei Krankheit“ eingegangen werden, die auch erste Einblicke in die zukünftigen Kooperationsaufgaben der Schule für Kranke gibt.

Unter den Mitgliedern der Arbeitsgruppe finden sich Vertreter der Schule für Kranke in Tübingen, eine Beratungslehrerin an einer Realschule in Tübingen, eine Vertreterin der Arbeitsstelle Kooperation, eine Kinderärztin des Universitätsklinikums Tübingen, ein Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, eine Ärztin des Gesundheitsamtes sowie ein betroffener Vater eines chronisch kranken Kindes.

Da laut einer Umfrage der Arbeitsgruppe an allen Schulen der Landkreise Tübingen und Reutlingen vom März 2004 ergab, dass ca. 14,9% aller Schülerinnen und Schüler als chronisch krank<sup>4</sup> gemeldet sind, sieht die Arbeitsgruppe dringende Handlungsnotwendigkeiten in der Sensibilisierung aller an der Schule Beteiligten für die besondere Situation der chronisch kranken Kinder und Jugendlichen in der Schule, in der Unterstützung im Lebensfeld Schule entsprechend dem durch Krankheit bedingten Bedarf sowie im Aufbau und der Pflege eines unterstützenden

---

<sup>3</sup> Der hier erfolgende Kurzeinblick in die Aufgaben und Ziele der Arbeitsgruppe basiert auf dem Artikel der Arbeitsgruppe „Pädagogik bei Krankheit“.

<sup>4</sup> „Chronisch krank“ heißt in diesem Zusammenhang: langdauernd (mindestens sechs Monate, oft Jahre) und umfasst sowohl unheilbare fortschreitende Erkrankungen als auch heilbare Erkrankungen des Körpers und der Psyche.



Netzwerkes<sup>5</sup> (siehe Abbildung 3) im Landkreis Tübingen und Reutlingen. Weitere Ziele bestehen in der Gewinnung eines Ansprechpartners für chronisch kranke Kinder und Jugendliche an jeder Schule und in der Information und Sensibilisierung von Lehrerinnen und Lehrern aller Schularten durch Fortbildungen zum Thema chronisch kranke Schüler (z.B. durch eine bereits angebotene Lehrerfortbildung der Kinderärztin Frau Dr. Kimmig zum Thema „Umgang mit Asthma im Sportunterricht“). Ein weiterer Aspekt bildet dabei in Zeiten knapper Kassen und der immer kürzer werdenden Verweildauer in Kliniken die stark diskutierte Frage nach der zusätzlichen Aufgabe der Klinikschullehrer an den Schulen für Kranke in Bezug auf die Beratung und Begleitung der regionalen Schulen im Umgang mit chronisch kranken Kindern, was sowohl im Anschluss an eine stationäre Behandlung und der damit verbundenen Unterrichtung an einer Schule für Kranke als auch an eine ambulante Behandlung und der regulären Unterrichtung an der Stammschule angedacht wird.

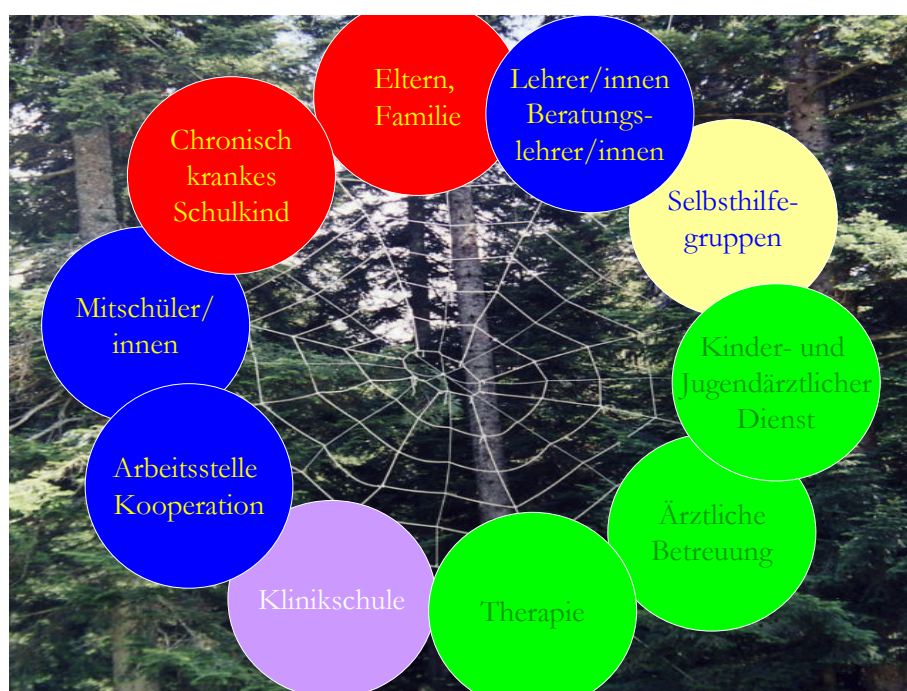


Abbildung 3: Kooperationsnetzwerk in der Arbeit mit chronisch kranken Kindern und Jugendlichen

<sup>5</sup> Urheber der Grafik: Frau Dr. Astrid Kimmig, Ärztin am Universitätsklinikum Tübingen im Zusammenhang mit der Arbeitsgruppe „Pädagogik bei Krankheit“, S. 11.

## **6. Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen<sup>6</sup>**

### **6.1 Allgemeine Anmerkungen**

Nach Remschmidt (2005, 472 ff.) besteht die Hauptaufgabe aller kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.

Dabei unterscheiden sich die einzelnen Einrichtungen jedoch stark nach ihrem jeweiligen Konzept, ihrer Trägerschaft und ihrem traditionell geprägten Schwerpunkt. Die klinischen Einrichtungen lassen sich dabei in drei Gruppen von Institutionen aufgliedern: in die Universitätskliniken bzw. Universitätsabteilungen, in kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken der Landeswohlfahrtsverbände oder in kommunale Krankenhäuser.

In Tübingen handelt es sich dabei um eine Abteilung der Universitätsklinik. Diese findet man in Form von selbstständigen Kliniken oder in Form von Fachabteilungen, die in ein Zentrum für Psychiatrie und Neurologie oder für Pädiatrie eingegliedert sind, vor. Einrichtungen einer Universitätsklinik haben dabei im Gegensatz zu den beiden anderen Institutionsformen den größten Aufgabenbereich abzudecken. Diese bestehen neben der traditionellen Krankenversorgung und der Aus- und Weiterbildung auch noch in der Lehre (Unterrichtung von Studenten verschiedener Fachrichtungen) und der Forschung (z.B. Effizienzprüfungen von Therapien und Katamnesen), was auch in Tübingen der Fall ist. Daneben fallen zudem noch Aufgaben in der Beratung und Aufklärung (z.B. Beratung der Eltern und von Institutionen, Öffentlichkeitsarbeit,...) und die Kooperation bzw. Koordination mit klinischen und pädagogischen Praxisfeldern (z.B. mit niedergelassenen Ärzten und Psychologen, Erziehungsberatungsstellen, Schulen,...) an.

Die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter (kurz: PPKJ) ist eine von 14 Kliniken und Abteilungen der jugendpsychiatrischen Versorgungsstruktur in Baden-Württemberg. Ihr Einzugsgebiet erstreckt sich dabei

---

<sup>6</sup> Bei der Beschreibung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tübingen beziehe ich mich hauptsächlich auf das unveröffentlichte Konzept der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter (PPKJ) der Universitätsklinik Tübingen vom 22.07.2002 als auch auf die Homepage der Abteilung PPKJ.

auf den Landkreis Tübingen, den Landkreis Zollern-Alb und auf den Landkreis Reutlingen sowie auf Teile des Landkreises Esslingen.

Zur Philosophie und zu den Grundsätzen der Abteilung der PPKJ lässt sich dabei in dessen Konzept folgendes festhalten: „Die stationäre Behandlung der Kinder und Jugendlichen versteht sich als kontinuierlicher, den ganzen Tagesablauf umfassender und die Gruppendynamik der Patienten einschließender Prozess. Die Behandlungstechnik integriert verschiedenartige Therapieverfahren auf der Grundlage eines humanistischen Menschenbilds und eines psychoanalytischen Krankheitsverständnisses“ (Abteilung PPKJ 2002, 4).

Die stationäre Behandlung erstreckt sich dabei auf Kinder ab dem achten Lebensjahr bis zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 18 Jahren. Den Behandlungsschwerpunkt der Tübinger Abteilung PPKJ bildet dabei die Behandlung von Patienten mit Psychosen, langjährigen Schulphobien, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und schweren Essstörungen. Weitere häufige Krankheitsbilder sind zudem psychotische Störungen und Schizophrenien, schwere emotionale Störungen und Störungen des Sozialverhaltens, schwere neurotische Erkrankungen wie Zwangserkrankungen, Angststörungen sowie psychosomatische Krankheitsbilder.

Dabei sieht sich die KJP in Tübingen weniger geeignet für die Aufnahme von Patienten mit vorwiegender Suchtproblematik sowie mit starker Dissozialität. Da zudem der Schwerpunkt der Therapieform in Tübingen auf der Psychotherapie liegt, die ein gewisses kognitives Fähigkeitsspektrum voraussetzt, wird auch die Aufnahme geistig behinderter Kinder und Jugendlichen in der Regel abgelehnt.

## **6.2 Fachdisziplinen**<sup>7</sup>

Die meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen sind durch ein multidisziplinäres Arbeiterteam vertreten. Zu den festen Mitarbeitern gehören neben Ärzten, Psychologen, Erziehern, Schwestern und Pflegern auch Sozialarbeiter

---

<sup>7</sup> Auch hier beziehe ich mich wieder hauptsächlich auf das unveröffentlichte Konzept der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter (PPKJ) der Universitätsklinik Tübingen vom 22.07.2002 sowie auf den Artikel von Renschmidt zu den Organisations- und Strukturfragen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung.

Beschäftigungstherapeuten und Physiotherapeuten. Daneben gibt es oftmals noch eine Vielzahl an Praktikanten (z.B. für das Anerkennungsjahr der Erzieher, dem Halbjahrespraktikum von Sozialpädagogik- oder Psychologiestudenten, den Medizinstudenten im PJ) sowie Zivildienststellen. In Tübingen wird darauf geachtet, dass sich die Behandlungsteams dabei zu gleichen Teilen aus Männern und Frauen zusammensetzen, was durch das in Kapitel 6.5 erläuterte Bezugspersonensystem notwendig ist.

Im Folgenden sollen nun die einzelnen Fachdisziplinen der festen Mitarbeiter, die in der Tübinger Abteilung der KJP vertreten sind, kurz vorgestellt werden.

### Ärzte

Die meisten Ärzte an den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken befinden sich vorwiegend noch in der Ausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Weiterbildungszeit beträgt dabei insgesamt fünf Jahre, wobei vier Jahre in einer KJP und ein weiteres Jahr entweder in der Psychiatrie oder der Pädiatrie abgeleistet werden müssen. Im Rahmen der Facharztausbildung erwerben die Ärzte in Tübingen die Qualifikation zur Psychotherapie. Auf jeder der insgesamt drei Stationen in Tübingen, einer Kinder- und zwei Jugendlichenstationen, arbeitet dabei jeweils ein Arzt.

Zu den Aufgabenbereichen der Ärzte wie auch der Psychologen auf den Stationen gehören dabei hauptsächlich die Diagnose und die Therapie der Kinder und Jugendlichen sowie organisatorische Aufgaben. Beide haben die gleiche Verantwortung in der Behandlung und Zuständigkeit für die Patienten und somit eigentlich grundsätzlich auch eine gleichberechtigte Stellung. Zusätzliche Aufgaben des Arztes auf Station liegen jedoch auch in der medizinischen Versorgung, in der neurologischen Untersuchung sowie in der Medikation der Patienten. An den meisten Kliniken übernehmen die Ärzte neben der Krankenversorgung zudem weitere Aufgaben in der Lehre und Forschung. Sie sind somit häufig noch zuständig für die Weiterbildung der Klinikmitarbeiter als auch für die Unterrichtung von Studenten verschiedener Fachrichtungen wie Medizin, Psychologie, Sozial-/Sonderpädagogen usw. und beteiligen sich bzw. leiten Forschungsprojekte über Symptomatologie, Ursachen, Verlauf und therapeutische Beeinflussung von kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbildern.

Die Stationsärzte werden sowohl von den Oberärzten, die bereits die Fachausbildung abgeschlossen haben, als auch vom Chefarzt der Abteilung der PPKJ angeleitet. Da die leitenden Positionen ausschließlich durch medizinisches Personal besetzt sind, zeigt sich an dieser Stelle dennoch die dominierende Sonderstellung der Ärzte in einer KJP, die primär auch eine ärztlich geprägte Institution ist und der Tradition der ärztlichen Versorgung entspricht.

### Psychologen

Neben den Ärzten gehören heute die Psychologen trotz der Vormachtstellung der Mediziner innerhalb der Klinik zum festen Mitarbeiterstab einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik oder Abteilung. Ihr Aufgabengebiet deckt sich mit Ausnahme der medizinischen Versorgung der Patienten mit dem der Ärzte. Zu ihren speziellen Aufgaben gehört jedoch die psychologische Diagnostik, v.a. die psychologische Testdiagnostik, die neben der Therapie im Vordergrund ihrer Tätigkeit steht. Auch organisatorische Aufgaben wie Kontakte mit den Eltern, den Schulen oder dem Jugendamt sind dabei nicht zu vernachlässigen. Auch hier arbeitet neben dem Arzt je ein Psychologe auf jeder Station der Abteilung der PPKJ in Tübingen.

Für den Einsatz der Psychologen in der Therapie wird dabei eine spezielle Therapieausbildung vorausgesetzt. Diese kann im Anschluss an das Psychologiestudium erfolgen und beinhaltet eine zusätzliche Ausbildung zum Fachpsychologen für klinische Psychologie, wozu eine vierjährige Tätigkeit im klinischen Bereich sowie weitere Therapieausbildungen (z.B. in Familientherapie oder Verhaltenstherapie) nötig sind.

### Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes

Im Pflege- und Erziehungsdienst arbeiten in Tübingen Krankenschwestern/-pfleger, Kinderkrankenschwestern/-pfleger, Jugend- und Heimerzieher sowie vereinzelt Sozialpädagogen. Einige der Mitarbeiter haben dabei die fachliche Weiterbildung in der Psychiatrie absolviert. Im Hause besteht aber auch die Möglichkeit zur Fachweiterbildung in Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Im Gegensatz zur traditionellen Tätigkeit von Schwestern und Pflegern steht die physische Pflege der Patienten in einer KJP eher im Hintergrund. Zu den Hauptaufgaben des Pflege- und Erziehungsdienstes zählen eher pädagogische und

psychologische Aufgaben wie die emotionale Unterstützung der Patienten und der Aufbau einer Beziehung zum Patienten, die dennoch eine sachliche Analyse und Beobachtung zulässt und mit Hilfe der Beobachtungen des alltäglichen Verhaltens der Patienten gleichzeitig entscheidend zur Mithilfe in der Diagnostik beiträgt. Daneben spielt die erzieherische Beeinflussung eine große Rolle, die darauf abzielt, den Patienten dabei zu unterstützen, sich auf das jeweilige Therapieprogramm einzulassen und sich den Mitpatienten sowie dem medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Personal gegenüber angemessen zu verhalten. Auch die Vermittlung zwischen dem Patienten, dem Arzt und den anderen Mitarbeitern der Station gehört zu den Aufgaben des Pflege- und Erziehungsdienstes. Da diese mit den Patienten viel kontinuierlicher und über den ganzen Tag in Kontakt treten, nehmen sie vieles wahr, was den behandelnden Ärzten oder Psychologen oft verborgen bleibt. Diese Beobachtungen und Berichte oder Äußerungen der Kinder und Jugendlichen während ihres Stationsaufenthaltes werden dabei an die jeweiligen Betreuer der Patienten weitergegeben und tragen somit ebenfalls entscheidend zur diagnostischen Abklärung wie zur weiteren therapeutischen Zielsetzung bei.

Als Bezugspersonen für die Kinder und Jugendlichen begleiten sie diese zudem im Alltag, haben verschiedene Termine mit den Patienten und nehmen als Bezugsperson an den Elterngesprächen teil. Zudem unterstützen sie die Kinder und Jugendlichen in der Struktur ihres Tagesablaufes und bieten vielerlei Gruppenaktivitäten an.

### Körper- und Bewegungstherapeut

Im Hause der KJP arbeitet zudem ein Körper- und Bewegungstherapeut mit einer 100% Stelle, der stationsübergreifend agiert.

Die Therapeuten haben dabei oftmals eine Grundausbildung in der Krankenpflege und der Physiotherapie sowie eine Aus- bzw. Weiterbildung in verschiedenen Körper- und Bewegungstherapien als auch in bestimmten Entspannungsverfahren wie z.B. Biodynamik, Gestalttherapie, Psychomotorik, Quigong (chinesische Heilgymnastik) oder Tanztherapie. Daneben werden in Einzel-, wie auch in Gruppenform sowohl weitere sportliche Aktivitäten wie Laufen, Trampolin springen, Tischtennisspiele, Badmintonspiele oder andere Ballspiele als auch kreative Aktivitäten wie Malen von Körperbildern, Bewegungsimprovisationen, Bogenschießen oder Jonglieren angeboten.

All dies dient dabei dem Kennen lernen, der Wahrnehmung und dem Beeinflussen der körpereigenen Funktionen wie der Atmung, der Bewegung, der Körperspannung oder des Gleichgewichts. Es geht dabei darum, den Körper als Einheit zu erfahren, ihn zu stärken oder zu regulieren, was vielen psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen häufig nur noch schwer möglich ist. Gleichzeitig sollen solche körper- und bewegungstherapeutischen Aktivitäten die psychische Lockerung und die Lebensfreude der Patienten steigern.

### Ergotherapeut

Auch ein Ergotherapeut mit 75% Anstellung arbeitet stationsübergreifend mit den aufgenommenen Kindern und Jugendlichen der drei Stationen in Tübingen.

Die ergotherapeutischen Arbeitsfelder erstrecken sich hierbei vorwiegend auf die Förderung der Motorik sowie auf die musische und handwerkliche Förderung (Malen, Modellieren, Schnitzen,...) in Einzel- oder Gruppentherapien. Ziel ist hierbei ebenfalls eine psychische Lockerung der Patienten oder oftmals auch eine Kanalisierung aggressiver Impulse. Daneben lassen sich über die ergotherapeutischen Behandlungen viele Impulse für die weitere Behandlung der Kinder und Jugendlichen geben, die sich hauptsächlich in der Beobachtung der Arbeitsweise (selbstständiges Arbeiten versus ständige Anleitung, richtiger Umgang mit dem Material usw.) und des Gruppenverhaltens (Kontaktverhalten, Stellung innerhalb der Gruppe, Verhalten zum Therapeuten usw.) ableiten. Je nach Zuständigkeit und Qualifikation des Ergotherapeuten werden diese auch bei der diagnostischen Überprüfung der Kinder und Jugendlichen (z.B. bei der Durchführung von Wahrnehmungstests oder psychomotorischen Untersuchungen) beteiligt.

### 6.3 Stationen

Das Klinische Jugendheim in Tübingen besteht aus einer Kinderstation (vom Schulalter bis ca. 14 Jahre) und aus zwei Adoleszentenstationen (von 14 bis 18 Jahren). Jede Station hat acht Behandlungsplätze frei und jeweils ein Bett für kurzfristige Kriseninterventionen.

Da sich meine Untersuchung nur auf den Jugendlichenbereich stützt, soll hier im Folgenden auch nur auf die überblicksartigen Grundlagen des Stationsalltags in den beiden Jugendlichenstationen der Tübinger KJP eingegangen werden.

Die *Aufnahme* erfolgt nach einem ersten ambulanten Kontakt mit einem Arzt oder Psychologen des Hauses. Die anschließende *Therapie* soll dabei mit dem Einverständnis des Kindes oder des Jugendlichen erfolgen, was jedoch durch eine häufig fehlende Krankheitseinsicht nicht immer gewährleistet werden kann und somit auch nicht selten in der Entscheidung der Erziehungsberechtigten liegt, was v.a. auf die Kinder zutreffen dürfte. In seltenen Fällen der Fremd- oder Eigengefährdung kann jedoch auch eine geschlossene Unterbringung in den Räumen des Klinischen Jugendheimes erfolgen, was zur Zeit der Entstehung der Arbeit jedoch nicht möglich ist, da sich wie bereits erwähnt die ehemaligen Räumlichkeiten der KJP gerade im Umbau befinden und auf die Räume der früheren HNO-Klinik ausgewichen werden musste, so dass eine geschlossene Unterbringung zum Zeitpunkt nur in der Erwachsenenstation der Psychiatrie in Tübingen möglich ist, was natürlich vielerlei Schwierigkeiten mit sich bringt, auf die hier aber nicht näher eingegangen werden soll.

Der *Tagesablauf* in der Jugendlichenstation wird durch die zeitlich festgelegten Mahlzeiten, und durch das therapeutische und schulische Angebot bestimmt. Vormittags befinden sich die Jugendlichen dabei neben einzelnen therapeutischen Maßnahmen hauptsächlich im Schulunterricht. Am Nachmittag gibt es dann etwas mehr Freiraum für die Selbstgestaltung.

Eine weitere feste Einrichtung ist die *Jugendlichenbesprechung* der Station 1 oder das *wöchentliche Gruppengespräch* der Station 3. Bei der Jugendlichenbesprechung, die ebenfalls einmal wöchentlich stattfindet, nehmen alle Jugendlichen und Betreuer teil. Hier wird die kommende Woche geplant. Dies beinhaltet z.B. auch die Verteilung der Wasch- und Spüldienste, die Erstellung des Fernsehplanes, der Aktivitäten am Samstag sowie die Veränderungen der Teilnahme an den therapeutischen Gruppen. Die Jugendlichenbesprechung bietet darüber hinaus noch Raum für Konflikte, Beschwerden und sonstige Angelegenheiten.

Am wöchentlichen Gruppengespräch nehmen ebenfalls alle Jugendlichen sowie mindestens zwei Betreuer teil. Die Gespräche beinhalten eine Reflektion der vergangenen Woche. Außerdem besteht die Möglichkeit Probleme auf Station anzusprechen, Ankündigungen los zu werden sowie weitere Aktivitäten zu planen.



Auf jeder Station findet man *vielseitige Freizeitangebote* wie Werk-, Musik-, Bewegungs-, Trampolin-, Bogenschießen- und Entspannungsgruppen. Jeder Jugendliche sucht sich von diesen bis zu drei verschiedene Gruppen aus und nimmt an deren Angeboten teil. Daneben finden sich noch weitere Spiel- und Beschäftigungsmöglichkeiten. Im Unter- und Dachgeschoß des Jugendheimes besteht die Möglichkeit Tischtennis, Billard, Dart oder Tischfußball zu spielen. Zudem verfügt das Heim noch über einen Tonraum und einen Musikkeller. Samstags finden zudem weitere Aktivitäten statt, die oft auch außerhalb der Klinik erfolgen wie z.B. der Besuch eines Freibades oder eines Eislaufstadions. In den Schulferien gibt es zusätzliche Freizeitangebote in Form von Tagesausflügen.

Zudem gibt es mehrmals tägliche oder wöchentliche *feste Ausgangszeiten*, die je nach Alter und Schwere der Erkrankung von zehn bis 30 Minuten variieren und mit oder ohne Begleitung stattfinden. Die Kinder und Jugendlichen bekommen zu bestimmten Zeitpunkten außerdem die Möglichkeit zweimal wöchentlich mit der Familie, Freunden oder Bekannten zu *telefonieren* und haben *feste Fernsehzeiten*, bei denen sie sich einmal am Tag eine Sendung und einen Spätfilm am Samstagabend auswählen dürfen. Das gesamte Wochenprogramm wird dabei in der Jugendlichenbesprechung abgestimmt und in einem Fernsehplan zusammengefasst.

Der *Kontakt zu den Eltern* der stationär aufgenommenen Patienten wird zu Beginn der Behandlung zunächst eingeschränkt, um eine erste Eingewöhnung auf der Station zu erleichtern und deren oftmals zugespitzte familiäre Lebenssituation zu entlasten. Danach besteht die Möglichkeit, die Patienten alle 14 Tage am Sonntagnachmittag zu besuchen. Nach frühestens drei bis vier Wochen sind darüber hinaus erste Heimgeh-Wochenenden der aufgenommenen Kinder und Jugendlichen möglich, die im Wechsel zu den Besuchen der Patienten alle 14 Tage stattfinden. Zudem finden in regelmäßigen Abständen, oftmals alle zwei Wochen, Elterngespräche statt, bei denen ein Arzt oder ein Psychologe sowie eine weitere Bezugsperson von Station mit dabei sind. Werden dabei auch schulische Belange angesprochen, wird zudem der jeweilige Bezugslehrer des Patienten mit in das Elterngespräch eingebunden.

## **6.4 Therapieangebote**

Im Gegensatz zu den meisten anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in Baden-Württemberg verfügt die Abteilung der PPKJ in Tübingen über ein Langzeittherapiekonzept. Die Verweildauer beträgt hier im Gegensatz zu vielen anderen Kliniken der KJP neun bis zwölf Monate – als Vergleich: die Landesklinik Nordschwarzwald in Hirsau hat z.B. eine durchschnittliche Verweildauer von 48 Tagen –. Die lange Aufenthaltsdauer der Patienten wird jedoch unter dem Hintergrund des Therapieschwerpunktes der Klinik in Tübingen notwendig, da sich diese in ihrer therapeutischen Arbeit sehr an einem psychoanalytisch-psychodynamischen Verständnis von psychischen Erkrankungen orientiert und somit eine längere Behandlung vorausgesetzt wird.

Die psychotherapeutische Behandlung stellt dabei die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes oder Jugendlichen sowie dessen Beziehungsfähigkeit in den Mittelpunkt der Therapie. Entlasskriterium ist also nicht eine Symptomverbesserung, sondern eine angestoßene persönliche Entwicklung bzw. das Erreichen der Voraussetzungen für eine ambulante Fortführung der Psychotherapie. Dabei hat jeder Patient mit seinen zwei bis drei Bezugspersonen (ein Arzt oder Psychologe sowie zwei Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes) therapeutische Einzelstunden.

Vorrangiges Ziel dieser Einzeltherapie ist dabei der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen den Bezugspersonen und dem Kind oder Jugendlichen. Die Ausgestaltung der Einzelstunden ist dabei sehr unterschiedlich. Oftmals steht der verbale Dialog zwischen dem Patienten und der Bezugsperson im Mittelpunkt, was bei Kindern durch verschiedene Spielanregungen ersetzt wird. Die Therapiestunden können dennoch sehr frei gestaltet werden und daher sowohl bei einem Spaziergang, beim Tischtennis spielen als auch beim Basteln im Werkraum erfolgen. Neben der schwerpunktmäßigen psychotherapeutischen Orientierung in der Behandlung der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen finden sich aber auch noch andere Therapieformen wie z.B. die Verhaltenstherapie, die Familientherapie sowie Elemente der Psychodynamik in der therapeutischen Praxis in Tübingen wieder.

Weitere spezielle Therapieangebote wie bestimmte Entspannungsmethoden, Bogenschießen und Heilgymnastik wurden bereits im Kapitel 6.2 unter dem Stichwort der „Körper- und Bewegungstherapeuten“ sowie der „Ergotherapeutin“ erwähnt und sollen hier nicht nochmals näher erläutert werden. Zudem wird auch ein therapeutisches Reiten für Kinder angeboten, bei dem das Kind ganzheitlich angesprochen werden soll, also körperlich, geistig, sozial und emotional. Für die Kinder hat das Reiten vielerlei Bedeutung: sie können sich fortbewegen, sich tragen lassen, sich bewähren und müssen sich auch durchsetzen, was oft neue emotionale Entwicklungen mit sich bringt und sich positiv auf die stationäre Behandlung auswirken kann.

### **6.5 Bezugspersonensystem**

Jeder Patient bekommt drei Bezugspersonen zugeteilt, zwei Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsteams und entweder den Stationsarzt oder den Stationspsychologen. Dabei wird darauf geachtet, dass die beiden erstgenannten ein Mann und eine Frau sind, was eine geschlechtliche Durchmischung der Erzieher sowie der Krankenschwestern/-pfleger notwendig macht. Durch die Zuweisung dreier Bezugspersonen soll eine größtmögliche Kontinuität in der Beziehung zum Patienten gewährleistet werden.

In den Beziehungen zu den Mitarbeitern werden die als psychische Krankheit auffallenden Beziehungsmuster der Patienten deutlich und können durch diese therapeutisch beeinflusst werden. Die Bezugspersonen bilden dabei die Familie des Patienten ab und stehen somit unter einer hohen emotionalen Belastung, da sie unbewusst als Übertragungsobjekte der Patienten dienen und über die supervisorisch unterstützte und reflektierte Gegenübertragung auf den Patienten therapeutisch agieren sollen.

„Die Bezugspersonen kann man als `therapeutische Eltern` bezeichnen. Sie sollen es dem Patienten am Anfang erleichtern, sich in der für ihn fremden Umwelt in der Klinik zurechtzufinden. Die Bezugspersonen übernehmen für den Jugendlichen konkrete Elternfunktionen im Sinne einer Fürsorge. Zugleich werden sie auch zu Übertragungsobjekten der verinnerlichten Eltern der Jugendlichen. Sie machen ein eigenverantwortliches Beziehungsangebot an ihre Beziehungsjugendlichen und

---

stellen sich als Ansprechpartner zur Verfügung. Die drei Bezugspersonen planen und gestalten das therapeutische Setting und die Alltagsstruktur für und mit den Jugendlichen. Sie suchen und erarbeiten unterstützende Regelungen und Hilfsmaßnahmen bei Schwierigkeiten der Patienten und besprechen diese im Team. [...]. Gleichzeitig sammeln sie die Übertragungsanteile der Jugendlichen, die diese im Team oder bei Fachtherapeuten und Lehrern deponiert haben, und versuchen, diese im Rahmen der Kleinteamsupervisionen einzubringen und zu verstehen“ (Abteilung PPKJ 2002, 23).

## **7. Bedeutung von Schule für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche**

Trotz ihrer Krankheit, was eine stationäre Aufnahme in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung, also in einer Klinik, wohl mehr als unterstreicht, werden diese Kinder- und Jugendliche auch noch unterrichtet. Dies erscheint im ersten Moment wohl jedem von uns absurd. G.G. Hiller beschrieb diese scheinbare Absurdität sogar in seiner Begrüßungsrede als Dekan der Pädagogischen Hochschule in Reutlingen bei der 1. Arbeitstagung des Forschungsprojekts „Schüler im Klinikum“ in Reutlingen am 8.7.1995 sehr treffend: „Die Pädagogik scheint vor nichts und niemandem halt zu machen“ (Schuldt 1997, 35).

Warum die psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen dennoch beschult werden und was dem Schulunterricht an der Schule für Kranke aus Sicht der Schüler dabei für eine Bedeutung entgegenkommt, soll im Folgenden näher erläutert werden.

Klosinski (1999, 2) unterscheidet in der Bedeutung des Klinikschulunterrichts zwei Hauptgruppen der kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten. Zum einen spricht er dabei die psychiatrisch auffälligen Kinder und Jugendlichen an, die aufgrund ihrer psychischen Problematik oftmals schon vor der stationären Aufnahme erhebliche schulische Probleme mit sich bringen, was zum Beispiel auf Schulverweigerer, Schulphobiker oder Patienten mit Schulängsten oder dissozialem Verhalten zutrifft. Für diese stellt die Beschulung häufig eine erneute Belastung dar, weil diese bereits mehrfach in und an der Schule gescheitert sind und deren Schulerfahrungen immer wieder von Misserfolgserlebnissen geprägt waren. Hier hat die Schule für Kranke also die Aufgabe, die Lernanforderungen erheblich zu reduzieren und die Kinder oder Jugendlichen dort abzuholen, wo sie gerade stehen und wo sie in einem geschützten Rahmen wieder erste Erfolgserlebnisse erfahren, um allmählich wieder Vertrauen in die Schule fassen zu können.

Beekmann weist jedoch auch für die schulisch vorbelasteten Kinder und Jugendlichen auf die Heimatfunktion der Schule hin, die auch auf eine Übergangsschule, wie es die Schule für Kranke ist, in gewissem Maße zutreffen dürfte, zumal, wenn es sich dabei um einen längeren Klinikaufenthalt handelt, was in

Tübingen aufgrund des psychoanalytisch orientierten Langzeittherapiekonzepts ja der Fall ist: trotz ihrer Schulprobleme „ist die Schule oft der Ort, an den sie starke Bindungen entwickelt haben, an dem sie sich aufgehoben fühlen und der ihnen zweites Zuhause geworden ist. Vielleicht ist das damit zu erklären, dass die Schule als regelmäßige, unveränderliche, äußere Normalität und Anforderung, feste Realität und Beständigkeit erlebt wird, damit zugleich Halt bietet und einen Weg zu eigener, selbstverantworteter Lebensführung für diese Schüler aufzeigt und ermöglicht“ (Beekmann 1998, 163).

Die zweite Gruppe der kinder- und jugendpsychiatrischen Klientel beschreibt Klosinski (1999, 2) als die Gruppe, für die die Schule weniger oder gar kein Problem darstellt. Hierzu gehören oftmals Patienten mit Essstörungen, Patienten mit akuter Suizidalität oder psychotischen Erkrankungen und Patienten mit Zwangsstörungen. Bei diesen Patienten hat die Schule häufig eine hohe Bedeutung, da viele der eben genannten Patienten hohe Leistungsanforderungen an sich stellen, die dabei hauptsächlich auf die schulischen Leistungen übertragen werden. Für diese steht somit häufig die Befürchtung im Vordergrund, durch die stationäre Aufnahme könne der Anschluss an die Heimatklasse nicht gehalten werden. Hier hat die Schule für Kranke also primär die Aufgabe, den Stoff der Heimatschulklasse aufzuarbeiten, um weiterhin am Ball zu bleiben und eine erneute Reintegration in die vorherige Klassenstufe der jeweiligen Schulart zu ermöglichen, was zumindest durch eine Abdeckung in den Kernfächern Mathematik, Deutsch und den Fremdsprachen versucht wird.

Betrachtet man neben dieser spezifischen Bedeutung der Schule während eines stationären Aufenthaltes in einer KJP die eher allgemein bedeutenden Aspekte, so trifft man immer wieder auf die Äußerung, dass die Schule ein Stück weit *Normalität* vermittelt.

Ertle (1997, 11) betitelt so zum Beispiel die Schule für Kranke nach der Aussage eines ehemaligen Schülers einer solchen Schule als „eine Brücke zum ganz normalen Leben“. Diese Normalität zeigt sich oftmals darin, dass neben der stationären therapeutischen Behandlung der Kinder und Jugendlichen der Anschluss an den Kenntnisstand der Mitschüler ermöglicht wird und sie dadurch weiterhin am normalen Leben eines Schülers teilhaben können.

*Die Schule hat „eine große Bedeutung, weil sie ja quasi ein Stück Normalität mit in die Behandlung reinbringt. Also wenn das nicht so wäre, dann wären die Jugendlichen ja auch ganz aus allem herausgerissen, der Ausbildung usw.“*

*(Aussage eines Psychologen der Abteilung der PPKJ in Tübingen)*

Dabei spielt auch die vermittelte *Kontinuität* durch die Beschulung in Krankheit eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Die Patienten können je nach Zustand und Aufnahmekapazität die Unterrichtsinhalte der Heimatklasse aufholen. Dadurch wird dem Schüler ermöglicht seine Schullaufbahn ungestört fortzusetzen oder sogar abschließen zu können. Klosinski (1999, 10) weist in seinem Vortrag auch darauf hin, dass durch die Einrichtung einer Berufsschule in Form einer BVJ-Klasse mit Abschlussmöglichkeit an der Tübinger Abteilung der PPKJ nun auch erste Schritte der Jugendlichen in eine berufliche Zukunft gegangen werden können, was zusätzliche Chancen und somit auch mehr Selbstbewusstsein für die Patienten mit sich bringt.

Dass das Lernen dabei auch den *Heilungsprozess unterstützt*, wird ebenso vielfach vertreten. Da der Schulunterricht ein Gefühl von Normalität bietet, der auch während des Krankenhausaufenthaltes fortgesetzt wird, wird den erkrankten Kindern und Jugendlichen *Mut* gemacht. Das Erteilen von Unterricht drückt somit aus, dass auch von Seiten der behandelnden Ärzte und Psychologen eine optimistische Grundhaltung zu erkennen ist, die zu allererst an eine Reintegration glauben lässt, auch wenn dies nicht immer klappt.

So kann es aber auch zum Beispiel der Fall sein, dass der erfolgreiche Abschluss der 10. Klasse für eine Patientin der Abteilung der PPKJ in Tübingen mit zum entscheidenden Therapieziel wird, weil hierdurch das Selbstwertgefühl und die Selbstsicherheit der Patientin stabilisiert werden. Unterricht hilft daher auch in erster Linie die physische und psychische Situation der kranken Kinder und Jugendlichen zu erleichtern. Er trägt zur *Entlastung* bei und stärkt den *Willen zur Genesung*.

*„Beispielsweise haben die auf Station die Aufgabe bei den Kindern und Jugendlichen, die in die Psychiatrie kommen, bildlich gesprochen in die Seele einzudringen, ein bisschen zu bohren, wo denn die Probleme liegen [...] Darüber*

*können wir uns insofern hinwegsetzen, dass wir zwar davon wissen müssen, aber wir müssen nicht in der Seele bohren. Wir können normal Mathe machen, Deutsch machen und können den Bereich strukturieren und dem Schüler da vermitteln, es gibt noch was anderes außer deinem sensiblen Innenleben. Das erleichtert einfach die Schüler auch.“*

*(Aussage des Schulleiters der Schule für Kranke in Tübingen)*

Dass der Schulunterricht hier auch ein bestimmtes Maß an *Realitätsbewusstsein* zu vermitteln hat, zeigt sich darin, dass die Schule für Kranke in einer Abteilung der KJP ein bedeutendes diagnostisches Erprobungsfeld darstellt. Die schulische Entwicklung des Patienten spielt für den weiteren Therapieverlauf eine entscheidende Rolle und gilt als Maß für die Verbesserung des psychischen Wohlbefindens. Um eine annähernde Schulrealität jedoch auch in einer Schule für Kranke abbilden zu können, ist die Ermöglichung eines Gruppenunterrichts unablässig, dessen Umsetzung zwar versucht wird, jedoch nicht immer möglich ist. Ein weiteres Element der Stärkung des Realitätsbewusstseins und des diagnostischen Erprobungsfeldes stellt der Schulversuch an einer örtlichen Gastschule dar. Dieser Schulversuch findet dabei oftmals in der Entlassungsphase statt und dient der Überprüfung der schulischen Belastbarkeit.

Gerade für Kinder und Jugendliche mit langdauernden, chronischen Erkrankungen stellen der Unterricht und das Schulleben außerdem eine wichtige *Voraussetzung für die Teilhabe am Leben und der Gemeinschaft* dar, was auch bereits schon durch die „Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler“ der Kultusministerkonferenz von 1998 ausgedrückt wird.

Durch die soziale Integration der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen leistet die Schule auch einen entscheidenden Beitrag zur *Entstigmatisierung* und zur *Entwicklung von Copingstrategien* psychisch kranker Patienten und deren Angehörige. Der Chefarzt der Tübinger Abteilung der PPKJ, Prof. Dr. Klosinski (1999, 4) beschreibt dies folgendermaßen:

„Für die Eltern und Patienten ist stets im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Frage der Stigmatisierung durch den Aufenthalt eine ganz zentrale Frage. Die Patienten und ihre Eltern entwickeln Copingstrategien, um während und nach der Behandlung einer Stigmatisierung auszuweichen oder eine solche zu minimieren.“



Gerade auch unter diesem Gesichtspunkt fällt der Schule für Kranke eine wichtige Rolle zu: Sie ist das Stück Normalität, an der sich viele Patienten und ihre Eltern gleichsam festhalten, die sie benützen, um mit dem empfundenen psychischen Druck von Seiten der Gesellschaft positiv umzugehen.“

Aus einer ebenfalls dort durchgeführten Katamnesestudie zur Frage der Stigmatisierung und Entwicklung von Copingstrategien bei stationär behandelten Kindern, bei der das Erleben der Schule einen Unterpunkt bildete, konnte gefolgert werden, dass die Schule von einem beträchtlichen Anteil der befragten Kinder im Alter von acht bis 14 Jahren als sehr positiv empfunden wurde. Die Eindrücke reichten dabei von einer Erleichterung und Befreiung vom Schulstress über einen (keineswegs negativ besetzten) Vergleich mit dem Kindergarten bis hin zu Gefühlen der Unterforderung und der Angst, zu viel Stoff zu versäumen. Insgesamt ließ sich jedoch festhalten, dass bezüglich der Entstigmatisierung der Patienten der Schule eine enorme Bedeutung hinzukommt.

Durch die klare Abgrenzung von Therapie und Schule wirkt die Schule für Kranke außerdem ein Stück weit einer *schleichenden Hospitalisierung entgegen*. Klosinski (1999, 11) beschreibt in diesem Zusammenhang die Schule als Nabelschnur und als Kontakt zur nicht-psychiatrischen Außenwelt, was auch von Vertretern der Schule bestätigt wird.

*„Die klare Abtrennung ist [...] unbedingt erforderlich, um auch den Jugendlichen klar zu machen und dass sie lernen, es gibt einen kranken Teil in mir und da helfen mir die Therapeuten, den zu überwinden, und es gibt einen gesunden Teil in mir, das ist nämlich die Schule und damit auch die Verbindung zur Normalität, die Verbindung zu ihren Alterskameraden, die einfach auch die Aufgabe zum einen der Anbindung an die Normalität hat und zum anderen auch den Aspekt der Hoffnung abdeckt, dass es weitergeht nach der Krankheit.“*

*(Aussage des Schulleiters der Schule für Kranke in Tübingen)*

## **8. Zum Spannungsverhältnis von Psychiatrie und Pädagogik**

### **8.1 Unterscheidung von Therapie und Erziehung**

Die Unterscheidung von Therapie als Bestandteil der psychiatrischen Arbeit und von Erziehung/Bildung als Bestandteil der pädagogischen Arbeit gilt als Grundlage einer Verständigung zwischen beiden Disziplinen. Dabei ist es wichtig, die Grundprinzipien der psychiatrischen und pädagogischen Arbeit zu kennen, um den Konfliktbereich zwischen beiden näher erläutern zu können. In der folgenden auszugsweisen Gegenüberstellung beziehe ich mich dabei auf die Aussagen von Kobi (1979, 92):

Therapie ist im klassischen Sinne „indikativ“, d.h. eine Therapiebedürftigkeit hat Krankheit/Leiden zur Voraussetzung.	Erziehung ist „imperativ“, d.h. sie ist aus der Seinssituation des Menschen heraus gefordert und nicht aus einer speziellen Indikation. Nicht-Erziehung wäre gleichbedeutend mit Verwahrlosung.
Therapie ist „additiv“, d.h. sie hat den Charakter von etwas Zusätzlichem. Der Mensch ist nicht grundsätzlich therapiebedürftig.	Erziehung ist „immanent“, d.h. der Mensch ist grundsätzlich erziehungsbedürftig.
Therapie ist „sanitär“, d.h. sie ist in ihrer Zielsetzung auf Gesundheit ausgerichtet.	Erziehung ist „edukativ“, d.h. sie ist in ihrer Zielsetzung auf Erzogenheit/Gebildetheit ausgerichtet.
Therapie ist „kausal“, d.h. sie ist durch ihre wegleitende Diagnostik an der Aufdeckung von (Störungs-) Ursachen interessiert.	Erziehung ist „final“/„prospektiv“, d.h. sie ist durch ihre wegleitende Diagnostik an der Aufdeckung von Förderungs-, Erziehungs-, Bildungsmöglichkeiten interessiert.
Therapie ist „objektiv“, d.h. sie macht sich am Objektstatus des Patienten zu schaffen. Ihr Anwendungsfeld sind (Organ-) Systeme, die meist durch Personen nicht direkt beeinflussbar oder steuerbar sind.	Erziehung ist „subjektiv“, d.h. sie beschäftigt sich mit dem Subjekt Mensch. Ihr Betätigungsfeld sind Interaktionssysteme, die meist direkt durch Personen beeinflussbar und steuerbar sind.
Therapie ist „medial“, d.h. sie wird über Mittel (Apparate, Instrumente, chemische Substanzen,...) angewendet.	Erziehung ist „personal“, d.h. „Mittel“ treten hinter die Person und der personalen Vermittlung bedeutungsmäßig in den Hintergrund.

Therapie ist „partikulär“, d.h. sie ist auf bestimmte Störungsherde gerichtet.	Erziehung ist „ganzheitlich“, d.h. sie hat den Menschen umfassend auf sämtlichen Tätigkeitsbereichen anzusprechen.
Therapie ist „funktional“, d.h. der Therapeut hat gegenüber dem Patienten bestimmte Funktionen wahrzunehmen, die keine personale Kommunikation unabdingbar zur Voraussetzung haben oder auf eine solche abzielen. Das Therapieobjekt wird nicht selten sogar bewusst „exkommuniziert“ (sei dies physisch über die Narkose oder psychisch über das Arztgeheimnis).	Erziehung ist „interaktional“, d.h. Kind und Erzieher agieren notwendigerweise in dichter, wechselseitiger Subjektivität auf einer gemeinsam herzustellenden Kommunikationsebene.

Daneben beschreibt Kobi (1988, 234) vier charakteristische Hauptunterschiede zwischen dem Medizinalsystem und dem Bildungssystem hinsichtlich ihrer jeweiligen Struktur und Professionalisierung.

<u>Medizinalsystem</u>	<u>Bildungssystem</u>
- vertikale Organisationsstruktur und entsprechende Kompetenz- und Verfügungshierarchien.	- horizontale Organisationsstruktur, die sich nach dem Alter und - v.a. – nach den Lernstufen der Schülerschaft richtet und sich nicht mit einer Verfügungsgewalt zwischen den einzelnen Lehrerkategorien verbinden lässt.
- eine Professionalisierung nach objektivierbaren Organsystemen und Funktionseinheiten, denen solche nach subjektiven Bedürfnissen verschiedener Patientengruppen (Säuglingsschwester, Geriatriepfleger,...) und nach unspezifischen Tätigkeiten (Reinigung; Gartenpflege,...) nachgeordnet sind.	- eine Professionalisierung nach Lernstufen und – mit diesen aufsteigend – zunehmend nach Sachgebieten („Fächern“).

Die hier aufgeführten Unterscheidungen dienen dabei lediglich als grundlegenden und vereinfachten Überblick über die Grundprinzipien der Hauptelemente von Psychiatrie und Pädagogik. Sie sind zwar keineswegs vollständig, wohl auch nicht mehr auf dem neuesten Stand und auch nicht auf alle pädagogischen und medizinischen Bereiche allgemeingültig anwendbar, dennoch denke ich, dass sie wie

hier in Form eines ersten Überblicks verwendet, ihre Berechtigung haben, zumal die Anzahl an Publikationen mit solch anschaulichen Vergleichen wie Kobi diese 1988 zwischen zwei sehr unterschiedlichen Disziplinen aufgezeigt hat, schwindend gering ist.

## **8.2 Historischer Rückblick**

Um die heutige Kooperationssituation zwischen der KJP und der Schule für Kranke verstehen zu können, ist ein Blick hinter die Kulissen notwendig, der auch die Geschichte der KJP sowie der Heilpädagogik mit einschließt.

Bis zu Beginn des 19. Jahrhunderts, so Schmitt (1997, 448), lag die Betreuung verhaltensauffälliger und psychisch kranker Kinder und Jugendlicher noch allein in der Hand der Pädagogik. Erst durch die Entdeckung des Nervensystems und seiner Funktion in Folge der medizinischen Fortschritte der Neuzeit und der Erforschung des anatomischen Aufbaus des menschlichen Körpers wurde die neue Spezialisierung der Medizin in der psychiatrischen Wissenschaft gestärkt. So konnten zwar erstmals Geisteskrankheiten neurophysiologisch als Nervenkrankheiten deklariert werden, Therapiekonzepte ließen sich daraus aber noch nicht ableiten. Somit schlossen sich die ersten kinder- und jugendpsychiatrischen Wissenschaftler den bestehenden pädagogischen Zucht- und Arbeitshäusern der damaligen Zeit an, um dort ihren weiteren Forschungen nachzugehen.

Obwohl der medizinischen Disziplin der Psychiatrie zu dieser Zeit noch jegliche Therapie- oder Behandlungskonzepte fehlten und sie sich daher fast ausschließlich an den pädagogischen Maßnahmen der bestehenden Zucht- und Arbeitshäuser orientierte, wurde eine klare Abgrenzung zur Stärkung der neuen wissenschaftlichen Disziplin immer notwendiger. Diese Form der Abgrenzung sieht Engel (2003, 167) dabei in der Entstehungsgeschichte der Psychiatrie im Zeitraum von 1760 bis 1810, die zudem eine *Entwertung der Pädagogik* zur Folge hat. Das schwierige Verhältnis zwischen Pädagogik und Psychiatrie begründet Engel (2003, 7) dabei wie folgt: „In der Medizingeschichte [...] dient die Betonung der Gegensätze zu pädagogischen Theorien, Praktiken und Institutionen der Konsolidierung der eigenen naturwissenschaftlichen Identität und beinhaltet eine eindeutige Entwertung der

Pädagogik, mit deren Überwindung erst die wissenschaftliche Entwicklung des Faches begann. Diese Ansätze kennzeichnen eine Überschätzung des Einflusses der Ärzte auf die Entwicklung der Psychiatrie als Institution und eine Blindheit für ihre Abhängigkeit von gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen und Strukturen.“

Einen weiteren Ausdruck der Entwertung pädagogischer Arbeit zur Stabilisation und Stärkung der eigenen psychiatrischen Disziplin zu Beginn des 19. Jahrhunderts beschreibt Engel in der frühen *Ausgrenzung chronisch Kranker* oder „unheilbarer“ Patienten, die bis heute besteht. Da die Medizin an den Heilungsanspruch gebunden ist, werden diese Patienten immer mehr aus den damaligen Heil- und Pflegeanstalten der ersten psychiatrischen Institutionen entlassen, aus der Zuständigkeit der Psychiatrie ausgeschlossen und an pädagogische Einrichtungen abgeschoben. Engel (2003, 145) hält dieses Problem wie folgt fest:

„Bis heute delegiert die Psychiatrie ihre `Chroniker` möglichst an andere Institutionen und Berufsgruppen, z.B. Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen und entwertet die Arbeit mit ihnen als nur `pädagogisch`, oder, wo dies nicht möglich ist, vernachlässigt sie durch Unterbringung in personell und materiell schlecht ausgestatteten Chronikerstationen. Die Hilflosigkeit, der die Psychiater durch die Tatsache, daß ihr Heilungsanspruch auf keinerlei wissenschaftlicher Erkenntnis beruht, in besonderem Ausmaß ausgeliefert sind, mag dabei zur Brutalität ihrer Mittel im `Kampf gegen die Kranken` beigetragen haben.“

Engel kritisiert also die Abgabefunktion der Medizin und der Psychiatrie an die pädagogischen Nachsorgeeinrichtungen im Anschluss an eine stationäre Behandlung einer psychiatrischen Klinik als einen Akt der Hilflosigkeit der Psychiater als medizinische Disziplin, die somit dem Heilungsanspruch gerecht werden muss. Dabei prangert sie hauptsächlich die Tatsache an, dass an diesen Nachsorgeeinrichtungen, wo durchaus auch therapeutische Betreuungs- und Behandlungsformen angeboten werden, häufig keine medizinischen Professionen mehr vorzufinden sind. Diese schwerwiegenden Fälle werden dabei an andere Berufsgruppen wie Psychologen, Pädagogen und Ergo-, oder Musiktherapeuten abgegeben, wodurch diese ihrer Meinung nach eine weitere Entwertung und Abgrenzung erlebten und erleben.

Im weiteren Verlauf der historischen Beschreibung des Verhältnisses von Psychiatrie und Pädagogik lässt sich aber auch eine intensive Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatern und Heilpädagogen aufzeigen, deren Hochkonjunkturphase zwischen 1900 und 1938 liegt und in der Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik“ in Wien fußt.

Dieser traditionellen Zusammenarbeit wurde jedoch infolge des Zweiten Weltkrieges und der politischen Bestimmung durch das Naziregime ein jähes Ende gesetzt. Zimmermann (2005, 112) konstatiert durch die Vorherrschaft der Nazis eine unüberbrückbare *Aufspaltung zwischen Medizin und Pädagogik*. Die Medizin gewinnt zu dieser Zeit immens an Bedeutung und wird zu einer der Hauptdisziplinen der Wissenschaft. Zum einen geht es um die Bildung und Erhaltung gesunder Soldaten für die Kriegsführung und den Aufbau einer „einzigartigen Menschenrasse“ als auch um neue Erkenntnisse für Medizin und Kriegsführung durch die Menschenversuche dieser Zeit. Dabei geraten heilpädagogische Berufe mehr und mehr in Verruf. Durch die Euthanasiewelle, welche die Sterilisation und später die Tötung behinderter und psychisch kranker Menschen in der Zeit des Nationalsozialismus um 1939 bedeutete, wurde eine unüberbrückbare Aufspaltung zwischen Heilpädagogik und Psychiatrie als medizinische Disziplin vollzogen. Die Medizin ging damit gegen die Krankheit an, in dem sie die Krankheitsträger auslöschte und beraubte gleichzeitig der Heilpädagogik jegliche Grundsätze und Aufgaben.

Auch nach dem Ende des Nationalsozialismus und des Zweiten Weltkrieges war diese Aufspaltung nicht mehr revidierbar. Zimmermann (2005, 112) stellt dabei in Anlehnung an Norbert Mischke die These auf, dass die Vormachtstellung des medizinischen Bereichs und die Vernachlässigung der Heilpädagogik durch die Zielsetzungen des Naziregimes und des Zweiten Weltkrieges als Resultat für die heutige *übergeordnete Stellung der Mediziner* vor den Psychologen und Pädagogen gesehen werden könnte.

### **8.3 Aspekte des Konkurrenzverhaltens zwischen der Pädagogik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Das heutige Verhältnis zwischen Pädagogik und KJP sieht nach Schmitt (1997, 448) ein klares Nacheinander von medizinischer Diagnostik und pädagogischer Maßnahme vor, wie es auch schon Engel näher beschrieben hat. Dadurch kommt dem Pädagogen eine nachgerückte Stellung hinter dem Arzt oder Therapeuten zu.

Ein Zeichen dafür zeigt sich im eindeutigen *Dominanzanspruch des Arztes*. Der Lehrer wird dabei insbesondere in der Schule für Kranke als kompetenter Beobachter gesehen, der neben den Erziehern und Pflegern von Station dem Arzt zuarbeitet und der dessen Therapievorschläge in die unterrichtliche Planung und Umsetzung mit einbezieht. Er kann somit als eine „exekutive“ Hand des Arztes gesehen werden. Der Dominanzanspruch der Medizin zeigt sich außerdem darin, dass die Leitung kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken in Deutschland traditionell in der Hand von Ärzten liegt. Im Ausland wird die Gleichwertigkeit der Professionen der Medizin, Psychologie und der Pädagogik dagegen durch eine abwechselnde Leitung solcher Einrichtungen erstrebt, was am Beispiel von Großbritannien deutlich wird.

Neben dem Dominanzanspruch der Medizin spricht Kobi (1979, 22) noch weitere behindernde Faktoren der Kooperation zwischen dem Medizinalsystem und dem Bildungssystem an. Dazu gehört z.B. die starke *hierarchische Struktur der Medizin*, die auch in der KJP zu erkennen ist, und die Kobi mit dem Begriff des „vertikalen Funktionalismus“ berschreibt. Diese zeigt sich sehr eindrücklich an der strengen Rangfolge der medizinischen Karriereleiter, die vom Assistenzarzt, über den Facharzt, den Oberarzt bis hin zum Chefarzt reicht. Durch die stark vertikal ausgerichtete Struktur des Medizinwesens sieht Kobi eine horizontale Partnerschaft mit anderen Disziplinen wie der Pädagogik stark gefährdet.

Eine Zusammenarbeit mit einer solch stark vertikal gekennzeichneten Disziplin ist dabei laut Kobi nur durch eine Subordination, sprich durch eine Unterordnung, möglich, was auch schon in Folge des Dominanzanspruches in der Geschichte der Medizin erwähnt wurde.

Darüber hinaus prägt Kobi (1979, 23) im Zusammenhang mit den behindernden Faktoren eines gleichwertigen Austausches noch den Begriff der „*Totalen Institution*“:

„Kliniken gehören zusammen mit Kasernen, Klöstern, Asylen, Gefängnissen, Zoologischen Gärten in die Reihe `Totaler Institutionen`, die [...] dadurch charakterisiert sind, dass sie den gesamten biologischen, sozialen, personalen und ideellen Lebensbereich der Insassen mit Beschlag belegen und verwalten.“

Neben der Vereinnahmung aller Beteiligten innerhalb medizinischer Einrichtungen, hält Kobi zudem fest, dass sich die Medizin wie keine andere wissenschaftliche Disziplin ein ständiges Mitsprache- und Mitentscheidungsrecht herausnimmt, die ihnen gegenüber jedoch keineswegs gestattet oder auch nur angedacht werden könnte, was er auf die Beteiligung von Ärzten in disziplinfremden Entscheidungsgremien schließt und was umgekehrt in einem medizinischen Entscheidungsgremium nie denkbar wäre.

Einen weiteren Aspekt des Konkurrenzverhaltens von Pädagogik und KJP greift Zimmermann (2005, 96) mit dem Begriff des „*Überbürdungsstreites*“ und der daran anknüpfenden Frage, ob nicht die Schule zu den hauptsächlichen Auslösern der psychischen Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen gehört bzw. ob es nicht die Schule ist, die krank macht.

Der schwerwiegende Vorwurf an die Schule Ursache für viele der psychischen Erkrankungen von Schülern zu sein, trifft dabei ziemlich hart. Dieser beinhaltet die dringende Forderung der Kinder- und Jugendpsychiater, dass die Schulpädagogen ihre Aufgabe nicht nur in der Wissensvermittlung sehen und der Schulunterricht nicht nur als Erfüllung eines zeitgemäßen Bildungsauftrages dienen darf, sondern dass sich die Schule an den entwicklungspsychologischen Reifungsbedürfnissen des Kindes und des Jugendlichen orientieren muss.

Zimmermann spricht dabei vor allem die zu frühe und zu starke Überforderung der Schüler durch den Schulunterricht an, die in einigen Krankheitsbildern wie der Schulangst oder anderen Psychosen zum Ausdruck kommt und deren Ursache dabei hauptsächlich in der Schule gesehen wird.

Dass diese Position der Kinder- und Jugendpsychiater wie auch mancher Kinder- und Jugendmediziner nicht gerade selten vertreten wird, zeigt sich in etwas relativierter Form in den Aussagen von Lempp (1987, 9), dem früheren Chefarzt der



Abteilung der PPKJ in Tübingen. Auch Lempp beschreibt dabei im Vorwort des Buches mit dem Titel „Ärzte sehen die Schule“ eine negativ belastete Begegnung des Kinder- und Jugendpsychiaters mit der Schule:

„Wenn Schüler oder ihre Eltern Schwierigkeiten mit der Schule haben, kommen sie damit häufiger als früher zum Arzt: [...] Sie wollen Befreiung vom Sportunterricht, sie berichten von Konzentrationsunfähigkeit, von Angstzuständen oder übermäßiger Erschöpfung, von unverständlichem Leistungsversagen oder Schulverweigerung, Schulphobie. So wird der Arzt mit vielerlei Formen der Schulproblematik konfrontiert und gewinnt ein Bild von der Schule aus seiner ganz besonderen beruflichen Kompetenz.“

Dass es sich dabei natürlich um einen sehr einseitigen Blickwinkel der Schulrealität handelt, darf dabei nicht vergessen werden, was auch Lempp konstatiert. Dennoch hält auch er daran fest, dass die Institution Schule als ein Symptom einer krankmachenden Belastung gilt und somit nicht allein für die eine oder andere psychischer Erkrankung verantwortlich ist, aber sehr wohl einen entscheidenden Beitrag dazu leistet und als „anteilmäßige Ursache“ zu beachten ist. Damit die Schule nicht noch weitere Krankheiten mit verursache, wären nach Lempp dringende Korrekturen im Bildungssystem und den Schulverhältnissen notwendig, die auch eine Entstigmatisierung von Schülern in Sonderschulen durch die Auflösung der Sonderpädagogik beinhalte.

Auch die Kinder- und Jugendmedizinerin Kimmig (2006, 3) weist in einem Forschungsbericht über chronisch kranke Kinder und Jugendliche in den allgemein bildenden Schulen mit Verweis auf den Ersten deutschen Jugendgesundheitssurvey von 2003 daraufhin, dass die Lebenswelt Schule zwar einerseits eine enorme Bedeutung für das Aufwachsen der Kinder und Jugendlichen aufweist, gleichzeitig aber auch die Belastung in der Schule als hoch und die Unterstützung durch das Lehrpersonal als gering eingestuft wird.

Meiner Meinung nach übersteigen diese Reklamationen der Mediziner aber den Vorwurf an den nicht zu bestreitenden qualitativen Mängeln unseres stark selektiv geprägten Schulsystems, konservativer didaktischer Methoden oder der Konzeption der Schulbücher, wenn die Schule wie bei Zimmermann als genereller Auslöser

psychischer Erkrankungen gesehen wird und als dieser dafür allein die Verantwortung tragen soll. Dazu lässt sich von meiner Seite sagen, dass viele Kinder bereits vor ihrer Einschulung psychische Probleme haben, die vielleicht im familiären Kontext noch nicht deutlich werden und erst durch die bestimmte Schulkonstellation und die bisher unbekannte Lernerfahrung im sozialen Kontext mit anderen Mitschülern zum Ausdruck kommen, was dann natürlich zu einer Verstärkung der Symptomatik und einer ersten Vorstellung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis oder Ambulanz führen kann.

Jedoch nicht nur die Schule trägt zur Belastung oder Überforderung des Kindes bzw. des Jugendlichen bei. Vielmehr bestimmen innerhalb eines ökosystemischen Ansatzes nach Bronfenbrenner viele Faktoren das jeweilige Verhalten eines Kindes oder Jugendlichen, das es aus seiner Situation heraus „sinn-voll“ macht. Dabei spricht auch die Resilienzforschung zusätzliche Kompensationsmöglichkeiten an, die neben der Schule in der Familie und der gesellschaftlichen Struktur zu finden sind. Eine entscheidende Rolle bei der Bewältigung spielt dabei vorwiegend die Existenz einer kontinuierlichen Bezugsperson, die nicht selten in einem engagierten oder empathiefähigen Lehrer gefunden wird, was beispielsweise die Kauai-Studie von Werner herausstellt.

Zudem geht gerade die Sonderpädagogik eher als jede andere Schulform von einer Individualisierung und Differenzierung aus, die sich als Leitspruch auf „die Fahnen geschrieben hat“, die Kinder dort abzuholen, wo sie stehen. Sie wird zur Schule für diejenigen, die aus allen anderen schulischen Netzen herausfallen und gilt somit auch nicht selten als „Auffangstation“ des stark von Selektion geprägten deutschen Schulsystems. Der Aspekt des Lernens durch Anschauung und eines praktischen Alltagsbezuges gelten dabei schon lange als Grundlagen sonderpädagogischer Arbeit, die sich sehr wohl an den individuellen entwicklungspsychologischen Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen orientiert, was zugestandener Weise in vielen anderen Regelschulen mit einer Klassengröße von bis zu 34 Schülern schlichtweg nicht umsetzbar ist. Dies stellt aber ein strukturelles Problem unseres Bildungssystems dar und darf nicht als generelles Defizit der Pädagogik deklariert werden.

Neben der Frage Zimmermanns, ob Schule psychisch krank macht, thematisiert er das vorherrschende *Abgrenzungsproblem* zwischen Erziehung und Therapie im Kontext der kinder- und jugendpsychiatrischen Lebenswelt.

Wie bereits in Kapitel 8.1 in Grundzügen angedeutet, zeigt sich nach Zimmermann (2005, 113) eigentlich eine klare Trennung zwischen Erziehung und Therapie. Erziehung steht innerhalb des Schulsystems dabei für die Wissensvermittlung und die Disziplinierung. Therapie dagegen geht im somatischen Sinne dem Heilungsauftrag nach, welcher der Medizin innewohnt. Das Problem der klaren Abgrenzung ergäbe sich jedoch gerade im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich durch ihre schwierige Klientel (Zimmermann 2005, 114):

„Es gibt jedoch im Erziehungssystem diesen einen Bereich, in dem Wissensvermittlung und Disziplinierung aufgrund der geistigen Behinderung oder dissozialen Störung der Kinder an ihre Grenze stoßen, das Gebiet der Heilpädagogik [Anmerkung Melanie Huß: und der Sonderpädagogik] also. Ebenso verhält es sich mit der KJP, bei der die dem Medizinsystem eigenen Kennzeichen des klaren Behandlungsauftrages durch den Kranken und der deutlichen Zuweisung der Kategorien *krank* oder *gesund*, speziell bei geistig behinderten oder dissozial gestörten Kindern, schwer zu identifizieren sind. Als Konsequenz sind sich die Formen des praktischen Umgangs mit den genannten Kindern in beiden Subsystemen oft ähnlich.“

Zimmermann folgert aus dem für ihn erscheinenden ähnlichen Umgang beider Disziplinen mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen dann schließlich einen Mangel an Differenzierung, der die Identität der jeweiligen Profession verlieren lässt. Da diese aber als Voraussetzung für jegliches Miteinander und somit auch für eine wertvolle Kooperation gesehen wird, herrsche gerade im Bereich zwischen Pädagogik und KJP ein angespanntes Arbeitsklima, was als unbewussten Ausweg aus dieser Zwickmühle die Abwertung des jeweils anderen Bereiches zur Folge hat, und was wiederum nicht nur innerhalb des Kooperationsverhältnisses schwerwiegende Auswirkungen mit sich bringt, sondern auch auf der Seite der Schüler als auch auf Seite der Patienten zu großer Verwirrung führt, da die Schule in diesem Falle eben nicht mehr die normalitätsvermittelnde und stabilisierende Bedeutung auf den Patienten hat, die bereits in Kap. 7 betont wurde.

Dass die pädagogischen wie therapeutischen Grenzen im Umgang mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen dabei häufig nicht weit auseinander liegen, denke ich, ergibt sich aus der Praxis. So erfolgen beispielsweise ergotherapeutische Maßnahmen im Werkraum ebenso wie der Werkunterricht, die Bewegungstherapie genauso wie der Schwimmunterricht im vorhandenen Schwimmbad und das Trampolinspringen kann neben den Körpertherapiesitzungen auch im Sportunterricht seinen Einsatz finden. Dennoch denke ich, dass die inhaltliche Grundlegung zwischen Unterricht bzw. Erziehung und Therapie dabei eine andere ist oder zumindest den Anspruch haben muss, eine andere zu sein. Auch wenn diese von außen betrachteten Tätigkeiten oder der Umgang mit den psychisch kranken Kindern und Jugendlichen als ähnlich bezeichnet werden, herrscht darin eine klare Abgrenzung vor. Die Schule und ihre Alltags- und Bewältigungsrelevanz wird zwar insbesondere im sonderpädagogischen Bereich hervorgehoben, dennoch sucht die Schule im Gegensatz zur Therapie nicht nach den psychischen Ursachen der Störung als Grundlage einer weiteren Behandlung. Sie bedient sich zwar auch diagnostischer Mittel. Diese belaufen sich dabei aber allein auf die Überprüfung schulischer Fähigkeiten zur weiteren Förderung z.B. in kognitiven oder sozialen Bereichen. Eine Trennung zwischen Therapie und Erziehung gilt daher als Grundvoraussetzung jeglicher Arbeit im pädagogischen und therapeutischen Miteinander einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung, ohne die ein qualitatives Arbeiten für beide nicht möglich ist.

Ein weiteres Kapitel im Spannungsverhältnis zwischen Psychiatrie und Pädagogik schreibt Harter-Meyer (1999, 19), die das Verhältnis von Schule und KJP aus Sicht der Erziehungswissenschaft als prekär betitelt.

So weist Harter-Meyer beispielsweise auf die *Abwertung und Entleerung* der Pädagogik hin, der sie sich in einer Äußerung von dem bereits erwähnten Herrn Lempp ausgesetzt fühlt. Lempp beschreibt dabei seine Vorstellungen von Pädagogik (Harter-Meyer/Schulte-Markwort/Riedesser 1999, 19):

„Auch im natürlichen Raum der Pädagogik, der Erziehung in der Schule und vor allem in der Familie, hat sich gute Erziehung schon längst als nicht lehrbar erwiesen. Das sagt schon das bekannte Sprichwort: `Pfarrers Kind und Müllers Vieh geraten selten oder nie`. Jedenfalls steht gute, das heißt hilfreiche Erziehung in ihrer Qualität in keiner Beziehung zur pädagogischen Professionalität der jeweiligen Eltern.“

Damit spricht Lempp der Pädagogik und dem Synonym der Erziehungswissenschaft einen sinnleeren Charakter zu und entmündigt sie im Gegensatz zur Medizin als wissenschaftliche Disziplin, was sie somit nach Harter-Meyer nicht zu einer würdigen Kooperationspartnerin der KJP werden lässt. Harter-Meyer (1999, 20) fragt dabei berechtigter Weise, ob hierbei nicht primär eigene negative Erfahrungen mit der Schule im Vordergrund stehen, die mir auch bereits in anderen Kontexten an einer Schule für Kranke innerhalb einer KJP begegnet sind, wo im Kontakt mit Therapeuten und Ärzten so manchmal die Frage einer Lehrerin einer Schule für Kranke aufkam: was bekomme ich denn da gerade (in übertragener Weise) ab, was bei Ihnen in der Schule vielleicht schief gelaufen ist?

Sie stellt zudem eine *Ausbeutung der Pädagogik* in den Mittelpunkt, die bereits unter dem Stichwort des Dominanzanspruches des Medizinalsystems gefallen ist und dadurch gekennzeichnet ist, dass der Lehrer als ausführende Person unter Vorgabe des behandelnden Arztes oder Therapeuten als diagnostischer Beobachter tätig ist und Therapievorschlüsse im Unterricht umsetzt, und somit unter der Vorherrschaft des Arztes steht.

Dazu lässt sich sagen, dass diese Sicht meiner Meinung nach als etwas übertrieben dargestellt wird. Schließlich untersteht das Lehrpersonal an einer öffentlichen Schule für Kranke nicht dem Chefarzt der Klinik, sondern dem Schulamt, was sich jedoch an privaten Schulen für Kranken ganz anders gestaltet. Dennoch ist auch dabei zu berücksichtigen, dass dieser „Zuträgerdienst“ des Lehrers einerseits sicher nicht als alleinige Aufgabe gesehen werden kann und andererseits auch dem Wohle des erkrankten Kindes oder Jugendlichen und somit einer möglichen Verbesserung seiner psychischen wie physischen Situation zu gute kommt.

Als weiteren Streitpunkt in der Zusammenarbeit beschreibt Harter-Meyer mit der *ärztlichen Schweigepflicht*. Diese interpretiert sie ebenso wie Kobi (1979, 24) als Machtinstrument der Ärzte, welches diese gegenüber anderen Disziplinen ausspielen und was die Unsicherheiten und die Hilflosigkeit der Lehrkörper im Umgang mit den psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen erheblich mindern könnte (Harter-Meyer/Schulte-Markwort/Riedesser 1999, 24):

„Während Ärzte hin und wieder von Lehrkräften erwarten, daß sie ihnen über die Schulprobleme eines Kindes oder Jugendlichen Auskunft geben und die Lehrkräfte dazu in der Regel bereit sind, verweigern umgekehrt die Ärzte weitgehend Lehrkräften gegenüber Aussagen über die psychische Krankheit und mögliche Auswirkungen auf schulisches Lernen mit dem Verweis auf ihre Schweigepflicht.“

Dass das Arztgeheimnis als Machtmittel einsetzbar ist, lässt sich an dieser Stelle gar nicht bestreiten, dennoch hat die Geheimhaltung als Persönlichkeitsrecht des Patienten in der stark stigmatisierenden und tabuisierten Psychiatriegeschichte einen bedeutenden und unumgänglichen Stellenwert, gerade wenn es darum geht, den betroffenen Patienten so weit wie möglich aus dem Stigma „psychisch krank“ zu befreien. Friemelt (1982, 60) schlägt diesbezüglich eine Lösung vor, die auf eine gegenseitige Akteneinsicht durch eine gemeinsame Regelung von Schulaufsicht und Klinikdirektion zugunsten der unterrichtenden Lehrer und der behandelnden Ärzte abzielt und gleichzeitig die Verpflichtung zur amtlichen Verschwiegenheit der Lehrer betont.

Zu guter letzt weist Harter-Meyer (1999, 29) aber auch noch auf die *strukturellen Hürden* der Zusammenarbeit zwischen Klinikpersonal und Lehrkräften hin, die sich durch das kassenärztliche Honorierungssystem erklären lässt. Hier ist nämlich neben den Patienten-Familien-Kontakten keine Entlohnung der Kontakte mit pädagogischem Personal vorgesehen, weil diese traditionell nicht in die typische Arzt-Patient-Diade passt und somit aus dem therapeutischen Setting verdrängt wird.

Dass neben dem kassenärztlichen Honorierungssystem auch noch *hochschulpolitische Strukturen* dem Austausch zwischen Pädagogen und Kinder- und Jugendpsychiatern im Wege stehen können, zeigt die aktuelle Äußerung des Chefarztes der Abteilung der PPKJ in Tübingen, Prof. Dr. Klosinski, bei der Vorstellung der Schule für Kranke am Universitätsklinikum in Tübingen für die Referendare vom Seminarstandort Stuttgart.

Klosinski stellte hierbei dar, dass aufgrund der geringeren Vergütung von Lehrveranstaltungen an disziplinfremde Studenten die bisherige Psychopathologieveranstaltung für Studierende der Sonder- und Sozialpädagogik sowie der Psychologie nach seiner bevorstehenden Verabschiedung in den Ruhestand wohl wegfallen werde. Er habe sich jedoch in der Vergangenheit auch

gegenüber den hochschulpolitischen Rahmenbedingungen und der Vergabe einer bestimmten Anzahl an Lehrveranstaltungen zur primären Versorgung der Medizinstudenten durchgesetzt, so dass diese bisher aufrechterhalten werden konnte, da er die Notwendigkeit einer solchen Einführung für Pädagogen im Arbeitsfeld mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen als höher erachtet, was für ein ausgesprochenes Engagement in der Zusammenarbeit zwischen Pädagogen und Kinder- und Jugendpsychiatern spricht.

Die Gegenseite bieten dazu Riedesser und Schulte-Markwort (1999, 41), die aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiater das Verhältnis zwischen Schule und Psychiatrie beschreiben. Sie können nach ihrer Auffassung die von Harter-Meyer formulierten Aussage, dass sich die beiden Herrschaftsverhältnisse in der Beziehung zur Pädagogik ins Gehege kommen könnten, nicht wirklich nachvollziehen. Sie begründen daher eine *klare Trennung der Bereiche* in der klaren Definition von der KJP der Bundesärztekammer, die besagt (Harter-Meyer/Schulte-Markwort/Riedesser 1999, 45):

„Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie umfasst die Erkennung nicht operativer Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen und Störungen sowie der psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen sowie Heranwachsenden und jungen Volljährigen mit Entwicklungsverzögerungen, denen eine psychische Erkrankung oder Fehlentwicklung der Person zugrunde liegt, einschließlich der Psychotherapie als Einzel-, Gruppen- und Familientherapie.“

Des Weiteren belegen Riedesser und Schulte-Markwort, dass die Pädagogik und die KJP zwei völlig *unterschiedliche Zugänge* zu den Kindern und Jugendlichen aufweisen. Sie verstehen den pädagogischen Zugang zu den Kindern und Jugendlichen im Motivieren und den kinder- und jugendpsychiatrischen Zugang im Verstehen und führen weiter aus:

„Geht es auf der einen Seite um Erklären, Üben, Prüfen und Bewerten, so erfordert psychotherapeutisches Vorgehen Einfühlung, Formulierung gemeinsamer Ziele, die Suche nach Autonomie, Zufriedenheit und Glück, um nur ein paar mögliche Ziele zu nennen“ (Harter-Meyer/Schulte-Markwort/Riedesser 1999, 46).

Dazu lässt sich jedoch anmerken, dass die Pädagogik, insbesondere die Sonderpädagogik, neben der reinen Bildungsdimension, die zwar außer dem Erklären, Üben, Prüfen und Bewerten ihre Hauptaufgabe eigentlich in der Erschließung der Lebenswelt findet, auch noch die Aufgabe in der „versteckten“ Vermittlung von Bewältigungsstrategien der schwierigen Lebenssituation von Schülern mit besonderem Förderbedarf sieht. Gerade für diesen Bereich reicht aber der alleinige Zugang zu einem Kind oder einem Jugendlichen über die reine Motivationsebene sicher nicht aus. Auch der (Sonder-) Pädagoge muss Empathievermögen besitzen, um bestimmte Lernprozesse individuell für den Schüler gestalten zu können. Ebenso hat die Formulierung gemeinsamer Ziele eine große Bedeutung, was sich auch durch die bereits seit mehreren Jahren praktizierten Hilfeplangesprächen in den Schulen für Erziehungshilfe erkennen lässt. Zudem muss die Pädagogik das Verhalten des Kindes oder des Jugendlichen verstehen können, um adäquat darauf reagieren zu können und um einen Umgang zu pflegen, welcher dem Kind oder dem Jugendlichen aus seiner Situation heraus gerecht wird. Dazu muss ich als Pädagoge folglich auch verstehen, warum der oder die so reagiert.

In der sonderpädagogischen Arbeit ist daher meiner Meinung nach auch ein Stück weit der Zugang des Verstehens ein wichtiger Faktor, was auch durch die Gleichgewichtung des psychologischen Schwerpunktes gegenüber dem pädagogischen oder didaktischen Schwerpunkt unserer sonderpädagogischen Ausbildung ausgedrückt wird.

Schulte-Markwort und Riedesser (1999, 51) bekräftigen den Vorwurf der stark *hierarchischen Organisationsstruktur* von medizinischen Einrichtungen und sehen darin nicht nur für den Lehrer, sondern auch für die beschäftigten Psychologen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung einen Stein des Anstoßes. So ist es auch nicht schwer nachvollziehbar, wenn bei Lehrern der Schule für Kranke an einer solchen Abteilung die Angst aufkommt, „schulpädagogische Knechte“ (Harter-Meyer/Schulte-Markwort/Riedesser 1999, 51) zu sein.

Dennoch machen sie auch darauf aufmerksam, dass alle notwendigen Entscheidungen über die Aufnahme, die Behandlungsmethode sowie über die Entlassung, auch unter juristischen Aspekten betrachtet, in der Entscheidungsgewalt



der Ärzte liegt, da diese schließlich die *Verantwortung* dafür zu tragen haben. Oelsner und Lehmkuhl (1996, 174) halten diesbezüglich fest:

„Wer Verantwortung trägt, ist legitimiert, auf alle Beeinflussungsparameter eines jungen Patienten Einfluß zu nehmen. [...] Im Gegensatz zu anderen Schulen muß sie [*Anmerkung Melanie Huß: die Schule für Kranke*] damit leben – und es aushalten –, daß die Schülerauswahl durch ein anderes, fachfremdes System erfolgt und daß dieses auch beim Maßnahmenkatalog und Stundenumfang, der im Einzelfall als zuträglich erachtet wird, mitredet.“

Dabei sollte man jedoch auch berücksichtigen, dass eine solche Verantwortung für den einzelnen Patienten, die man als Lehrer an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung an die zuständigen Ärzte und Therapeuten abgeben muss, auch als eindeutige Entlastung verstanden werden kann, die hierbei meiner Meinung nach vielleicht etwas unterschätzt wird.

## **9. Allgemeine Grundlagen zur interdisziplinären Kooperation**

Die folgenden Anmerkungen beziehen sich neben einem ganz allgemein gehaltenen Definitionsversuch von interdisziplinärer Kooperation hauptsächlich auf eine allgemein gehaltene Darstellung der Grundlagen von interdisziplinärer Zusammenarbeit, die durch spezielle Faktoren, welche direkt die Zusammenarbeit zwischen der Schule für Kranke und der KJP betreffen, gegebenenfalls ergänzt bzw. schwerpunktmäßig angeführt werden.

### **9.1 Definition**

#### **Interdisziplinarität**

„Unter Interdisziplinarität versteht man die Eigenschaft einer Wissenschaft, Denkweisen oder zumindest die Methoden einer anderen Fachrichtung zu nutzen. [...] Eine interdisziplinäre Arbeitsweise oder Forschung umfasst mehrere voneinander unabhängige Fachgebiete, die einer meist, wissenschaftlichen Fragestellung mit ihren jeweiligen Methoden nachgehen. [...] Interdisziplinarität bedingt das Zusammenführen verschiedener Teilaspekte, ein reines Nebeneinander dieser Aspekte reicht hierfür nicht aus“ (www.wikipedia.de; 05.01.2007).

Unter interdisziplinärer Arbeit versteht man also die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Disziplinen, die man als Teilgebiete eines Wissenschaftszweiges, eines Forschungsgebietes oder einer Fachrichtung bezeichnen könnte.

Speck (2003, 307) geht in der Definition des Begriffs der Interdisziplinarität noch weiter, indem er deren aktuelles Verständnis festhält:

„Der Begriff der Interdisziplinarität wird heute in einem übergreifenden Sinne gebraucht, der sich auf die Kommunikation von Disziplinen und Fächern bezieht. Während es mehr als 4.000 wissenschaftliche Fächer gibt, wird die Zahl der Disziplinen (z.B. Medizin oder Rechtswissenschaft) auf etwa 20-30 geschätzt. [...] Die Bedeutung von Interdisziplinarität ist besonders unter dem Einfluss der fortschreitenden Spezialisierung gewachsen.“

### Kooperation

Als erste grundlegende Definition soll dabei auf folgende zurückgegriffen werden:

„Kooperation (lat. cooperatio: `Zusammenarbeit, Mitwirkung`) ist das Zusammenwirken von Handlungen zweier oder mehrerer Lebewesen, Personen oder Systeme. [...]

Es kann grundsätzlich zwischen zwei Grundprinzipien der Kooperation unterschieden werden:

1. Die synergetische Kooperation, in der Neues durch die Kooperation geschaffen wird, das durch die Einzelteile nicht möglich ist [...]
2. Die additive Kooperation, in der Prozesse oder Abläufe durch die Kooperationspartner zusammengefasst werden, um einen optimierenden Effekt zu erzielen [...]“ (www.wikipedia.de; 05.01.2007).

Eine weitere Definition, die sich zwar ebenfalls sehr weit fassen lässt, aber ein Stück weit einer etwas präziseren Begriffsbildung dient, soll von Schweitzer herausgegriffen werden. Hierbei stellt er unter dem Kontext einer gelingenden Kooperation sieben Kriterien für eine professionelle Kooperation auf, die sich von anderen Definitionen durch ihren Anspruch an Professionalität abgrenzt (Schweitzer 1998, 26):

„Ich will professionelle Kooperation definieren als:

- (1) Die Handlungen mindestens zweier Parteien (davon mindestens ein Fachmensch),
- (2) die in einem Kontext professioneller Dienstleistungen
- (3) sich auf dasselbe (nicht unbedingt ähnlich definierte) Problem beziehen und bezüglich dieses Problems
- (4) ein Arbeitszeugnis erzielen wollen (über das keine Einigung bestehen muß).  
Diese Handlungen können
- (5) mehr oder weniger koordiniert erfolgen,
- (6) gleichzeitig oder kurz nacheinanderfolgen.
- (7) Die Parteien können, müssen aber nicht voneinander Kenntnis nehmen.“

### **9.2 Begründung der interdisziplinären Kooperation**

Aus allgemeiner Sichtweise lässt sich durch die *zunehmende Spezialisierung* der Wissenschaftsdisziplinen eine interdisziplinäre Kooperation als notwendig erweisen. Aufgrund der immer stärkeren Absonderung der Fächer ist es oftmals unerlässlich,

den Blickwinkel der eigenen wissenschaftlichen Disziplin zu weiten, was durch einen Austausch mit anderen, häufig „inhaltlich nahen“ Disziplinen geschehen kann. Dadurch lassen sich auch für das eigene Fachgebiet relevante Erkenntnisse und Theorien anderer Fächer verwerten, was zu einem ständigen Hinterfragen und Reflektieren der eigenen Theorie beiträgt und somit zu einem lebendigen Diskurs nach innen und außen beiträgt.

Speck (2003, 307) benennt das Ziel eines interdisziplinären Austausches dabei in der *Differenzierung und Erweiterung der eigenen Erkenntnisse*, was er durch die aktuellen Entwicklungen der Wissenschaft begründet sieht:

„Interdisziplinarität ist heute zur wissenschaftlichen Lösung bestimmter praktischer Probleme unverzichtbar geworden. Die Wissenschaft hat es immer mehr mit Problemen zu tun, die so komplex sind, dass sie aus verschiedenen fachlichen Aspekten untersucht werden müssen [...].“

Die Ineffizienz einer isolierten Sichtweise komplexer Sachverhalte im Umgang mit Kindern und Jugendlichen sieht auch ein Schulleiter einer Schule für Kranke in Baden-Württemberg, indem dieser feststellt:

*„Ich erachte die Kooperation aller Bereiche für notwendig, um den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen möglichst gerecht zu werden, um sie und ihre Familien in ihrer Entwicklung zu begleiten und zu unterstützen. Ziel ist es doch, das Kind umfassend – auch in seiner Lebens- und Schulsituation – zu verstehen. Eine Reduktion der Probleme und Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf einzelne Beobachtungsschwerpunkte wie z.B. Psyche oder Sprache oder Verhalten oder Motorik oder Schulleistung usw. wäre unprofessionell und meiner Meinung nach nicht zu verantworten!“*

*(Aussage eines Schulleiters einer Schule für Kranke in Baden-Württemberg)*

Die Vermeidung einer solchen *Ineffizienz isolierter Betrachtungsweisen*, die sich also ebenso auf die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatern und Pädagogen abbilden lässt, beschreibt Bach (1976, 137) aus der Sicht des Heilpädagogen bereits schon früh. Er sieht die Notwendigkeit in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pädagogen in drei Ebenen gekennzeichnet: in der Mehrdimensionalität von

Beeinträchtigungen, in der Pluralität erforderlicher Maßnahmen und in der Komplexität der Entstehungsbedingungen.

Da viele psychische Störungen sich auf verschiedenste Bereiche (Somatik, Sprach-, Lern-, Sozialverhalten, Motorik, usw.) auswirken, erscheint eine *mehrdimensionale Betrachtungsweise* durch verschiedene Disziplinen als unerlässlich. Gerade wenn es darum geht bestimmte Maßnahmen und Entwicklungsaussichten zu beurteilen, ist es sinnvoll, neben einer medizinischen Sichtweise auch pädagogische, psychologische und soziale Überlegungen mit ein zu beziehen. Dies entspricht dem Prinzip eines ganzheitlichen Ansatzes. Durch die mehrdimensionale Beeinträchtigung wird also auch eine *Pluralität an erforderlichen Maßnahmen* notwendig, „um eine weitmögliche Besserung der Gesamtverfassung zu erreichen“ (Bach 1976, 138). Eine Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pädagogen begründen aber auch schon die *komplexen Entstehungsbedingungen* von Beeinträchtigungen jeglicher Art, die ebenso in den verschiedenen Dimensionen der Somatik, der Psychologie, sowie der Pädagogik und des Sozialverhaltens zu suchen sind und daher eine interdisziplinäre Betrachtungsweise notwendig machen.

Dass neben den komplexen Anforderungen, Ursachen und Auswirkungen von psychischen Beeinträchtigungen ein partnerschaftliches Zusammenwirken zwischen Kinder- und Jugendpsychiatern und Pädagogen letztlich auch dem *Wohl des betroffenen Kindes oder Jugendlichen* zu gute kommt, bekräftigen viele Autoren, u.a. auch Kollmar-Masuch (1987, 46):

„Das somatische, psychosoziale und soziokulturelle Bedingungsgefüge psychischer Störungen macht eine enge Zusammenarbeit dieser Berufsgruppen erforderlich. Ohne eine solche Kooperation besteht die Gefahr, daß jeweils wesentliche Sachverhalte – zum Nachteil der Kinder und Jugendlichen – unberücksichtigt bleiben.“

Auch aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters wird eine Zusammenarbeit mit der Schule erwünscht, die ihren Schwerpunkt in der *Prävention* psychischer Erkrankungen sieht und diesbezüglich eine Fortbildung von Lehrern fordert. Gehring (1985, 16) merkt dazu an:

„Ausgehend von einer ökosystemischen Perspektive wird die Auffassung vertreten, dass eine Erhöhung der Zusammenarbeit zwischen Schule und Kinderpsychiatrie

nicht nur für die im Zentrum stehenden Schüler, sondern für alle direkt und indirekt Beteiligten gewinnbringend sein kann [...um] Konflikte und Störungen, die im schulischen Alltag auftreten, nach vorbeugenden Gesichtspunkten anzugehen.“

Inwiefern dabei jedoch von einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit ausgegangen werden kann, ist durch die Fortbildung von Lehrern durch die Ärzte und Therapeuten jedoch fraglich und lässt daher eher wieder auf eine vertikale Beziehung schließen, die aber dennoch durch den vorbeugenden Charakter begründet werden kann.

Eine etwas anschaulichere und ausgeglichene Sichtweise zur Zusammenarbeit zwischen Medizin und Schulpädagogik formuliert Kimmig, die deren Erfordernis aus der Perspektive der Kinder- und Jugendmediziner in der Bedeutung der Schule für die behandelnden Kinder und Jugendlichen begründet. Dabei hebt auch sie den *Aspekt der ganzheitlichen Behandlung* hervor, in dem sie sagt:

„Wenn man als Kinder- und Jugendärztin chronisch kranke Kinder ganzheitlich behandeln und begleiten möchte, dann ist die Familie als der primäre soziale Lebenskontext, aber ebenso die Schule als wichtiger sozialer Lebensraum mit ein zu beziehen“ (Kimmig 2006, 8).

Auf die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Betrachtung im Blickfeld von Schule und Klinik weist auch ein Schulleiter einer Schule für Kranke hin:

*„Unterricht ohne Zusammenarbeit von Schulen und Stationen ist überhaupt nicht möglich, weil ein ganzheitliches Einwirken auf die Kinder und Jugendlichen mit schulischen Anteilen und klinischen Anteilen nötig ist. Daher ist eine Absprache unbedingt erforderlich, auch darüber, welchen Aufgabenbereich jede Berufssparte übernehmen muss.“*

*(Aussage des Schulleiters der Schule für Kranke in Tübingen)*

Auch die bereits am Anfang der Arbeit (siehe Kap. 3.9) vielfach erwähnte Verwaltungsvorschrift (1988, 866) der Staatlichen Schulen spricht sich bezüglich einer *Optimierung der gesamten Krankenhausbehandlung*, die der Situation des kranken Kindes oder des kranken Jugendlichen gerecht wird, klar für eine Zusammenarbeit zwischen Schule und Krankenhaus aus. Dabei spielt sicher auch

das Bild „an einem Strang zu ziehen“ eine wichtige Rolle, wenn es darum geht schulische und therapeutische Ziele zu formulieren und aufeinander abzustimmen oder gar zu verstärken, wobei auch hier wieder der ganzheitliche Aspekt in den Mittelpunkt der Betrachtung gerät.

*„Eine Kooperation zwischen Schule und Klinik ist für die Patienten wichtig. Dass die Lehrer Bescheid wissen, was die große Problemlage der Patienten ist, [...] was ist sozusagen das primäre Symptom, vielleicht auch manchmal wie wir mit diesem Problem umgehen. [...] Eine Schule für Kranke ist von daher wichtig, [wenn es darum geht,] was kann die Schule da für eine Motivationslage oder Anforderungssituation für die Patienten schaffen, die sich dann vielleicht auch somit auf die Anstrengungen des Jugendlichen auswirkt, um etwas an der Symptomatik zu ändern.“*

*(Aussage eines Psychologen der Abteilung der PPKJ in Tübingen)*

Daneben könnte meiner Meinung nach die Bedeutung einer solchen interdisziplinären Kooperation zwischen Medizin und Pädagogik auch im aktuellen *Trend der Qualitätsentwicklung* stehen, der inzwischen auch immer mehr die sozialen Bereiche, also auch das Gesundheits- sowie das Schulwesen, vereinnahmt. Dabei wird die Formulierung von Qualitätskriterien erwartet und abgefragt. Evaluationen zur Bewertung der qualitativen Arbeit gewinnen im Zuge einer breiten Ökonomisierungswelle durch alle Bereiche und dem zugrunde liegenden Wettbewerb immer mehr an Bedeutung, gerade auch in sozialen Einrichtungen. Dabei könnte der objektive, eher ökonomisch, geprägte Begriff der „Kundenorientierung“ hier allmählich ebenso eine große Rolle spielen wie bereits in vielen Bereichen der Unternehmens- und Wirtschaftsphilosophie zuvor. Dabei nimmt auch hier die Orientierung am Patienten und an seiner bereits mehrfach angesprochenen ganzheitlichen Betrachtung durch die Kooperation verschiedener betroffener Fachgebiete eine bedeutende Rolle ein, die gerade in Zeiten knapper Staats- und Gesundheitskassen und in Zeiten allgemeiner Ökonomisierungstendenzen auch in diesem Bereich nicht zu vernachlässigen ist. So sieht Hummel (2004, 543) in der Zusammenführung von Fachkompetenzen, die sich mit Kindern und Jugendlichen beschäftigen, neben einer Effizienzsteigerung in der Koordination von Hilfsmöglichkeiten auch eine Finanzersparnis.

Einfacher machen es sich da Oelsner und Lehmkuhl (1996, 173) die über die Begründung einer Kooperation zwischen KJP und Schule auf eine Aussage von Herzka zurückgreifen und dazu kurz und knapp festhalten:

„Das psychisch kranke Kind braucht Therapie, weil es krank ist, und es braucht Pädagogik, weil es ein Kind ist. Diese Aussage Herzkas steht jeder Diskussion über die Beziehung von Kinderpsychiatrie und Pädagogik wie eine Präambel voran. Zu fragen ist also nicht, ob, sondern wie beide Wissenschaften im Bemühen um das Kind verzahnt sind.“

### **9.3 Voraussetzungen der interdisziplinären Kooperation**

Als allgemeine Voraussetzungen oder Bedingungen einer Kooperation zwischen verschiedenen Fachdisziplinen ist zuallererst ein Interesse beider Seiten am gegenseitigen Austausch von Nöten. Erst dann folgen weitere Grundvoraussetzungen wie eine gegenseitige Akzeptanz, gegenseitiger Respekt und Wertschätzung sowie eine Berücksichtigung der jeweiligen Wissenschaftsgebiete.

Um ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den unterschiedlichen Disziplinen zu erreichen, beschreibt Schweitzer (1998, 32) in Bezug auf Wöhl (1988) fünf Bedingungen produktiver Zusammenarbeit:

	<b>Ausgewogenes Verhältnis zwischen</b>		<b>Zu vermeidende Extremvariante</b>
Verselbständigung	Eigenständigkeit – Wahrung beruflicher Identität	Aufeinanderbezogen-Sein, Entwicklung gemeinsamer Identität	Verantwortungs-Diffusion, Uniformität
Ablehnung jeglicher Führung	Anspruch auf Gleichberechtigung	Anerkennung notwendiger Führung	Genereller Führungsanspruch
Überstrapazierung persönlicher Beziehungen	Vertrauen	Achten auf die Äquivalenz von Leistungen	Gegeneinanderauf-Rechnen von Leistungen
Versachlichung von Beziehungen	Sachorientierung	Beziehungsorientierung	Verpersönlichung von Beziehungen
Formalisierung jeglicher Kontakte	Festlegung von Kontakten	Spontaneität von Kontakten	Unverbindlichkeit der Zusammenarbeit



Neben der hier verwendeten Auflistung zur Erreichung und zum Erhalt einer ausgewogenen Beziehung zwischen verschiedenen Disziplinen, sind auch noch die Fähigkeit zur *Empathie* sowie *grundlegende Kenntnisse der anderen Wissenschaftstheorie* nicht zu vernachlässigen. Diese ist nötig, um sich in die jeweils anderen Interessen und Erkenntnisse, Grundhaltungen und Prinzipien des anderen Fachbereichs „eindenken“ zu können, und um ein erstes Grundverständnis für den Anspruch der fachfremden Disziplin entwickeln zu können.

Trotz der Aneignung grundlegender Kenntnisse und eines gewissen Einfühlungsvermögens für die Belange des jeweils anderen Bereichs, muss die Autonomie und eine klare Abgrenzung der jeweiligen Disziplin immer gewahrt werden, um unbeabsichtigte „Nebenläufer“ der Kooperation auszuschließen, worauf Speck (2003, 312) ebenfalls aufmerksam macht:

„Das, was als interdisziplinärer Austausch und als Zusammenarbeit verschiedener Fachgebiete verstanden wird, [...] setzt aber voraus, dass jedes System (relativ) autonom ist und bleibt, also keine Eingriffe gebrauchen kann, sondern Anregungen, Anstöße und auch Kritik, freilich aus dem anderen System heraus, d.h., nicht unter Anmaßung fachfremder Kompetenz. [...] Jedes Aufdrängen- oder Eindringenwollen löst Abwehrprozesse aus. Destruktive Interaktionen schaden also. Sie kommen zustande, wenn ein System das andere zu determinieren oder gar zu eliminieren versucht.“

Dennoch ist dabei ein *Dialog* notwendig, der wiederum auf der gegenseitigen Akzeptanz, auf der Anerkennung von Gleichberechtigung und Gleichwertigkeit der unterschiedlichen Positionen eines Fachbereiches basiert. Dieser ist als Grundlage jedes Vertrauens- und Beziehungsaufbaus, und nicht im interdisziplinären Kontext, zu verstehen. In der gegenseitigen Auseinandersetzung und im gegenseitigen Austausch müssen daher Kompromisse gefunden und formuliert werden, die eine Verständigung und die Umsetzung eines gemeinsamen Zieles ermöglicht.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit oder Beziehungsverhältnisse, die dagegen vermehrt auf Delegieren oder auf die alleinige Machtanwendung einer dominanten Disziplin beruhen, können sich dabei oft nicht nur kontraproduktiv auf die eigene Zusammenarbeit, sondern auch auf den Gegenstand und das Ziel der gemeinsamen

Zusammenarbeit auswirken. Was dies für die Arbeit und den gemeinsamen Gegenstand anhand betroffener Menschen bedeutet, lässt sich dabei leicht ausmalen und soll anhand eines treffenden Gleichnisses zum Hausbau nach Jetter (1979, 33) exemplarisch veranschaulicht werden, was meiner Meinung nach auch sehr gut auf die Zusammenarbeit in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung übertragbar ist:

„Irgendwelche Wesen, die nicht dazu imstande sind, ein Haus zu errichten, beobachten, wie ein solches entsteht. Sie hoffen, dadurch viel über den Häuserbau zu erfahren und den Baurobotern in einem Notfall helfen zu können. Diese sind nämlich so programmiert, daß sie unvorhergesehene Störungen nicht ausgleichen können. Da es besonders praktisch ist, haben sich die Beobachter spezialisiert: jeder betrachtet eine Seite, sieht sich die Fortschritte aus der zugewiesenen Perspektive an. Es gibt daher auch verschiedene «Theorien zur Entwicklung des Hauses», eine «Theorie der Vorderansicht», eine «Theorie der Seitenansicht» und eine «Theorie der Draufsicht». Diese Theorien lassen sich recht plastisch zu einer Gesamtdarstellung des Hauses verbinden. Die Kooperation ist fruchtbar und ungefährdet.

Nun geschieht es, daß während des Bauens eines Hauses ein Fundament beschädigt wird. Es zeigen sich bald Risse in den Wänden, die auf diesem Fundament entstehen, und Teile des Mauerwerks stürzen ein. Die Fachleute werden zu Rate gezogen, und tatsächlich weiß auch jeder einen Vorschlag zu machen, wie der Schaden behoben werden soll. Und dies muß rasch geschehen.

Jeder Fachmann beschreibt die Entstehung des Schadens an der von ihm beobachteten Seite und besteht auf schnellstmöglicher Beseitigung eben dieses Schadens. Jeder hat zahlreiche Begründungen dafür, warum gerade die Stelle, für die er kompetent ist, zuerst instand gesetzt werden soll. Da man sich nicht einig werden kann, wird von oben verfügt, daß zuerst die Draufsicht repariert werden soll; ich weiß nicht warum, doch wahrscheinlich erscheint es dem Bestimmer besonders einleuchtend, daß zuerst zu reparieren, was dem Endziel am nächsten ist. Die Reparatur misslingt, was die Ansicht der Fachleute bestätigt, deren Vorschläge nicht realisiert wurden. Ihre Theorien gewinnen an Bedeutung.“

Im Folgenden soll nun noch zu einer kurzen ergänzenden Präzisierung stichwortartig auf die wesentlichen *personellen Kompetenzen* eingegangen werden, die für eine möglichst konfliktfreie Zusammenarbeit am Beispiel der interdisziplinären Kooperation zwischen der Schule für Kranke und der Abteilung einer KJP unabdingbar sind:

- Fachkompetenz

Um in einen interdisziplinären Austausch angemessen einzusteigen, ist eine solide Kenntnis über die fachimmanenten Inhalte, Theorien und Praxiserfahrungen Grundvoraussetzung. Um jedoch eine gegenseitige Zusammenarbeit zu erleichtern, ist eine Einarbeitung in das jeweils andere Fachgebiet von großer Bedeutung. Konkret heißt dies, dass sich die Lehrkräfte einer Schule für Kranke neben ihren fundierten fachpädagogischen, theoretischen und methodischen Kenntnissen sowie ausreichenden praktischen Fähigkeiten auch in medizinische Bereiche wie z.B. in die verschiedenen Krankheitsbilder der KJP einarbeiten sollten. Ein Lehrer an einer Abteilung der PPKJ sollte Grundkenntnisse in den medizinischen Fächern der Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters, der Neurologie und der Psychosomatik mitbringen oder zumindest bereit sein, sich in diese Gebiete einzuarbeiten. Dass diese fachfremden Gebiete durchaus sinnvoll sind, zeigt auch die Ausrichtung und Einbeziehung einzelner medizinischer Einführungsveranstaltungen der sonderpädagogischen Ausbildung. Daneben sollten Grundkenntnisse über die Fragestellungen, Denkweisen, Fachtermini, Verfahren und Einrichtungen der fachfremden Disziplin bestehen oder angeeignet werden.

- Verantwortungsbewusstsein

Das Wissen um die Verantwortung gegenüber dem kranken Kind oder dem kranken Jugendlichen, stellt eine der wichtigsten Komponenten im interdisziplinären Geflecht und in der allgemeinen Arbeit mit Menschen dar. Dieser Punkt darf daher auch als Lehrkraft an einer Schule für Kranke nie außer Acht gelassen werden. Jeder Austausch sollte dabei unter dem Gesichtspunkt betrachtet werden, dem Wohle und der Verbesserung der

psychischen sowie physischen Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen zu dienen. Dabei sollten persönliche Antipathien oder Kompetenzgerangel zum Nachteil der Betroffenen so gut wie möglich ausgeschaltet werden oder zumindest in den Hintergrund des gemeinsamen Gegenstandes rücken.

- Ebenbürtigkeit

Zusammenarbeit setzt außerdem eine gewisse Ebenbürtigkeit voraus. Dabei sollten neben der Dominanz einzelner akademischer Disziplinen zwischen den Ärzten, Psychologen, Lehrern und Sozialpädagogen einer KJP auch die gleichberechtigte Begegnung gegenüber den nicht-akademischen Professionen wie den Ergotherapeuten, den Erziehern und Fachkrankenpflegern eine wichtige Rolle spielen.

- Offenheit

Gerade in einer intensiven Teamarbeit hat Offenheit eine große Bedeutung. Aufgeschlossenheit gegenüber anderen Sicht- und Denkweisen sowie Wert- und Zielvorstellungen stehen dabei im Vordergrund. Auch kritische Anmerkungen und eine gewisse Kritikfähigkeit wie auch Kritisierbarkeit können den Blickwinkel der beteiligten Professionen weiten und tragen zu einem reflektierten Austausch bei.

- Selbstbewusstsein

Neben einer Kritisierbarkeit stellt natürlich ein gesundes Selbstbewusstsein eine notwendige Bedingung einer produktiven Zusammenarbeit dar. Dazu gehört es auch, seine eigenen Interessen immer wieder vertreten zu können, um seiner eigenen Position Nachdruck zu verleihen. In der beschriebenen Praxis könnte dies beispielsweise so aussehen, dass man als Klinikschullehrer auf eine Abstimmung schulischer und therapeutischer Zielsetzungen pocht, um das weitere Unterrichtsgeschehen ganzheitlich sinnvoll umsetzen zu können. Dabei darf jedoch auch nicht vergessen werden, dass neben einem selbstbewussten Auftreten im Kontakt mit anderen Disziplinen darauf geachtet werden muss, dass diesbezüglich keine Blindheit für Hilfestellungen anderer Fachdisziplinen besteht. Hilfe annehmen und

anderen anzubieten ohne dabei die eigenen Kompetenzgrenzen zu überschreiten, gehört dabei ebenso zu den wichtigen Grundbedingungen im interdisziplinären Alltag.

- Bereitschaft zur Weiterbildung

Insgesamt ist eine Bereitschaft zur fortlaufenden Weiterbildung unabdingbar. Eine regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Vorträgen und an Arbeitsgemeinschaften sowie das Eigenstudium von Fachpublikationen ermöglichen es, auf dem aktuellen Stand des Fachbereichs und der angrenzenden Disziplinen zu bleiben. Dabei ist eine Fortbildung in kooperativer Gesprächsführung für alle Beteiligten von Nutzen.

#### **9.4 Aufgaben und Ziele der interdisziplinären Kooperation**

Dass die eigentliche Aufgabe sowie das eigentliche Ziel in der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Disziplinen im gemeinsam zu bearbeitenden Gegenstand liegt, wurde bereits mehrfach im Zuge der Begründung interdisziplinärer Kooperation (siehe Kap. 9.2) angedeutet, worauf hierbei auch nochmals explizit verwiesen werden soll. Konkret auf die Zusammenarbeit zwischen der Schule für Kranke und der KJP bezogen, entspricht dies also der bereits angeklungenen Orientierung am Wohle des betroffenen Kindes oder Jugendlichen und einer ganzheitlichen Betrachtung seiner Erkrankung, deren mehrdimensionalen Entstehungsfaktoren sowie Auswirkungen. Schlagworte wären hierbei wieder die von Bach (1976, 137) formulierten Impulse der Komplexität der Entstehungsbedingungen, der Mehrdimensionalität von Beeinträchtigungen sowie die erforderliche, daraus resultierende Pluralität therapeutischer wie pädagogischer Maßnahmen (siehe ebenfalls Kap. 9.2), die neben der schwerpunktmäßigen Intervention auch bereits in einer gemeinsamen Präventionsarbeit von Bedeutung sind.

Aber auch für die an der Kooperation mitwirkenden Parteien lassen sich Aufgaben und Ziele formulieren. Diese bestehen z.B. in der Entwicklung eines gemeinsamen *Solidaritäts- und Zusammengehörigkeitsgefühls*, was wiederum zu einer höheren beruflichen Zufriedenheit und einer emotionalen Stabilisierung beitragen kann, und was gerade in der sehr belastenden Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen eine nicht zu unterschätzende Bedeutung einnimmt. Zudem trägt das

durch eine funktionierende Zusammenarbeit entwickelte Solidaritätsgefühl zu einem harmonischeren Arbeitsklima bei und lässt die einzelnen Mitarbeiter über die Barrieren und Unterschiede der einzelnen Professionen, die sich beispielsweise in der Ausbildung, der Entscheidungskompetenz und der Bezahlung ausdrücken, hinwegsehen.

Daneben lassen sich durch einen fruchtbaren Austausch auch gegebenenfalls fachinterne strukturelle Differenzen oft leichter ertragen. Die Zusammenarbeit fördert dabei nämlich die *Selbstständigkeit der Mitarbeiter* und vermittelt dabei der Erzieherin, dem Fachkrankenpfleger oder dem Lehrer einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung das Gefühl, ebenso ein Teil wie jeder andere des Teams zu sein und mögliche strukturelle Abhängigkeiten von Vorgesetzten ein Stück weit entfernter betrachten zu können, was wiederum die gemeinsame Kooperation noch weiter stärken und festigen kann.

Dabei darf man jedoch zu guter Letzt nicht vergessen, dass eine interdisziplinäre Kooperation einen entscheidenden *Beitrag zur Qualitätssteigerung* der jeweiligen Arbeit leistet. Einseitigen und vielleicht voreingenommenen Sichtweisen werden durch eine im Team getroffene Entscheidung vorgebeugt. Entscheidungen, die jedoch im Diskurs eines professionellen Teams getroffen werden, sind in der Regel ausgewogener und sachgerechter als Einzelentscheidungen, was wiederum positiven Einfluss auf das Wohlergehen des betroffenen Kindes oder des betroffenen Jugendlichen haben kann.

### **9.5 Schwierigkeiten in der interdisziplinären Kooperation**

Die hauptsächlichen Schwierigkeiten und die allgemeinen Spannungsverhältnisse zwischen den Disziplinen der Medizin bzw. der Psychiatrie und der Pädagogik wurden bereits im Kap. 8 beschrieben, worauf an dieser Stelle auch nochmals verwiesen werden soll. Im Folgenden soll hier überblicksartig nur noch auf die verschiedenen Formen eines ineffizienten Kooperationsverhaltens zwischen Medizin und Pädagogik und ihre jeweiligen Behinderungsfaktoren für eine partnerschaftliche und gleichberechtigte Kooperation eingegangen werden, bevor eine allgemeine Auflistung weiterer aus der Praxis ersichtlichen Problempunkte in der speziellen Zusammenarbeit zwischen der KJP und der ansässigen Schule für Kranke erfolgt.

Bach (1979, 139) beschreibt hierbei die am häufigsten vorzufindenden Konstellationen unfruchtbarer Kooperation, die sich sehr eindrücklich auf die Zusammenarbeit zwischen der KJP und einer pädagogischen Einrichtung wie der Schule für Kranke abbilden lassen. Er unterscheidet dabei zwischen vier verschiedenen Formen: der Konfrontation, der Okkupation, der Subordination und der Addition.

Ein Kooperationsverhalten, das von *Konfrontation* geprägt ist, birgt dabei die Gefahr einer Untergrabung von Kompetenzen der jeweils anderen Disziplin. Herablassende Äußerungen wie „Was wissen Lehrer schon von Kindern?“ oder die Unterstellung eines mangelnden Verantwortungsgefühls gehören dabei zum alltäglichen Machtkampf im Austausch mit der anderen Disziplin. Ursachen oder Hintergründe eines solch gearteten offensiven Angriffs auf den jeweils anderen Fachbereich lassen sich dabei oftmals aus Mangel an Informiertheit und auf eine fehlende Einsicht in bildungsorganisatorische Grunderfordernisse und deren Orientierung am Bildungsplan mit bestimmten inhaltlichen Verbindlichkeiten zurückführen. Solche Formen der Konfrontation bringen v.a. Nachteile mit sich, die einer gegenseitigen Bereitschaft von Gesprächen entgegenwirken und jede Grundlage eines gegenseitigen Vertrauensaufbaus im Keim ersticken.

Als bedenklich gilt dabei auch ein Kooperationsverhalten, welches durch *Okkupation*, also einer gegenseitigen Besetzung, gekennzeichnet ist. Zwar wird wie Bach deutlich macht, in vielen Publikationen zur Kooperation immer wieder darauf hingewiesen, dass eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit ein gewisses Maß an Fachkompetenz und an Grundkenntnissen über die fachfremde Partnerdisziplin voraussetzt, dennoch betont er dabei zudem, dass eine solch intensive Auseinandersetzung mit Themen und Fragestellungen der anderen Disziplinen auch die Gefahr einer bedenklichen Vereinnahmung der benachbarten Disziplin mit sich bringt. Eine Kooperation, die von einer solch gegenseitigen Besetzung geprägt ist, hat oft zur Folge, dass zuvor mehrperspektivische und differenzierte Sichtweisen durch einseitige Omnipotenzgefühle ersetzt werden und zur Grundlage jeglicher Entscheidungsmaßstäbe werden, was einen gegenseitigen Austausch auf Augenhöhe ebenso unmöglich macht.

Ähnlich gestalten sich Formen der Kooperation zwischen Medizin und Pädagogik, die auf dem Prinzip der *Subordination* beruhen. Hierbei werden wieder die Vormachtstellung und der Dominanzanspruch der medizinischen Wissenschaft angesprochen, in der sich die Pädagogen nicht selten in der Rolle der „Knechte der Mediziner“ verstehen und die Vertreter nichtmedizinischer Disziplinen als medizinisches Hilfspersonal deklassiert werden. Ursachen einer solchen Unterweisung anderer Disziplinen folgert Bach aus der Faszination des „archaischen Globalberufes“ (Bach 1976, 141) des Arztes, die sich im Gegensatz zur Ausdifferenzierung des früher ebenso geschätzten Priester- oder Lehrberufes immer noch in vielen Teilen der Gesellschaft behaupten kann.

Wenn all diese eher negativen Kooperationsformen durchlaufen wurden, findet man sich dann häufig in einem Kooperationsverhalten, das einer *Addition* der verschiedenen Disziplinen mit ihren jeweiligen Kenntnissen und Erfahrungen gleichkommt. Den Begriff der Addition stellt Bach (1976, 141) dabei folgendermaßen dar: „die Befunde des Kollegen werden zur Kenntnis genommen, mit in die Berichte eingebaut und in mehr oder minder großem Umfange nach eigenem Gutdünken bei den zu treffenden Maßnahmen mit berücksichtigt.“ Eine solche Kooperationstaktik beinhaltet dabei oftmals einen gering gehaltenen Austausch, dem sogar eine komplette Abschottung gegenüber der Pädagogik folgen kann, was auf Seiten der Medizin nicht selten durch die ärztliche Schweigepflicht untermauert wird und somit unüberwindbare Barrieren eines ganzheitlichen Förderungsansatzes bewirken.

Weitere Schwierigkeiten, die sich aus der interdisziplinären Praxis einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung ergeben und ich aufgrund meiner Hospitationszeit ad hoc anführen kann, schlagen sich häufig in dem schwierigen Versuch nieder, gemeinsame *Zeitfenster für Besprechungen* zu finden. Aufgrund der unterschiedlichen Tagesabläufe, die auf Station durch einen Drei-Schichtbetrieb (Früh-, Spät-, Nachtschicht) und im Schulwesen durch den festgelegten Stundenplan gekennzeichnet sind, gibt es oft wenig Spielraum für gegenseitige Gespräche und Mitteilungen. So finden zwar regelmäßige Übergabegespräche und Supervisionen statt, an denen auch die Lehrer vereinzelt teilnehmen, viele Abstimmungen müssen dennoch oft zwischen Tür und Angel oder am Telefon getroffen werden, was zusätzlich noch durch fehlende kontinuierliche Ansprechpartner infolge einer hohen



personellen Fluktuation durch die Ausbildungsfunktion der KJP und infolge des Schichtbetriebs auf Station, wo jeder unterschiedliche Arbeitszeiten hat, für die schulische Seite erschwert wird.

Ein anderes Thema, das immer wieder präsent wurde, war die *formale Abgrenzung des Schulbetriebes vom Stationsbetrieb*. Probleme ergaben sich dabei beispielsweise in der Kommunikation zwischen Mitarbeitern auf Station und den Patienten. Hilff (1997, 5), ein ehemaliger Klinikschullehrer, beschreibt dies sehr anschaulich:

„So heißt es, wenn ein Termin beim Psychologen ansteht: `Du hast jetzt einen Termin beim Werner` oder `Brigitte wartet auf dich`, wird jedoch auf die Schule verwiesen, heißt es lediglich: `Denk dran, du hast jetzt Unterricht` und nicht etwa `Geh zum Günter hoch`.“

Weitere Abgrenzungsversuche werden dadurch deutlich, dass die Patienten, die ihre Station, also ihr Zuhause in der Zeit der Krankenhausbehandlung, und ihre Schule unter ein und demselben Dach finden, als „normal gekleidete“ Schüler zu erscheinen haben. Dabei wird darauf geachtet, dass sie eben nicht in den Hausschuhen oder im Schlafanzug in die Schule kommen. Manch einer würde eine solche Haltung als pedantisch oder kleinkariert verurteilen und begründen, dass man doch schließlich froh sein müsse, wenn sich diese Schüler überhaupt auf den Weg zur Schule machen, was im ersten Moment auch meine Haltung dazu widerspiegelte. Dann aber merkt man, dass eben solche von außen starrsinnig erscheinenden Regelungen eine enorme Bedeutung für die Patienten haben, um Schule als eine Art Ausgleich zur Therapie und als etwas zu sehen, wo sie nicht nur auf ihre Krankheit und deren Symptomatik reduziert werden (siehe auch Kap. 7 zur Bedeutung von Schule für psychisch kranke Kinder und Jugendliche). Dadurch versucht man also das Spannungsverhältnis zwischen Distanz und Nähe auszugleichen, zum einen um den Patienten eine klare Abgrenzung von Therapie und Unterricht zu ermöglichen, und zum anderen um die Bedeutung der Schule, die zuallererst in der Vermittlung von Normalität und Realität für den Patienten liegen sollte, zu unterstützen.

Die notwendige Abgrenzung zwischen Stations- und Schulbetrieb schlägt sich dabei auch in dem Punkt einer gewissen nötigen *räumlichen Trennung* von Schule und Station nieder. Damit ist nicht gemeint, dass das Schulgebäude möglichst weit weg

von Station sein sollte, das hätte gerade für Patienten in Krisen, die von Station begleitet werden müssen, eher den Nachteil nicht in die Schule gehen zu können, was sich wiederum negativ auf ihren Zustand auswirken könnte, sondern, dass Schule und Station nicht auf engem Raum nebeneinander arbeiten. Das Beispiel der Tagesklinik in Tübingen, die zwar keinen stationären Aufenthalt anbietet, aber bei der Therapie- und Schulzimmer auf einer Etage in benachbarten Zimmern vorzufinden sind, zeigt die Chancen aber auch die Risiken der räumlichen Nähe auf. Zwar werden engere Absprachen und alltägliche Beobachtungen, die den behandelnden Ärzten und Therapeuten auf Station oftmals fehlen, möglich, dennoch dauerte es nach der Erzählung eines Beteiligten nicht lange, bis sich nicht nur die betreuenden Erzieher sondern auch die betreuenden Therapeuten und Ärzte sich im Klassenzimmer einfanden und erste Rollenkonflikte in Erscheinung traten, die so vorher noch gar nie aufkamen. Ein Oberarzt schilderte dabei sehr anschaulich, wie er im Klassenzimmer neben seinem Patienten saß und ihm bei Mathematik geholfen hat, bis er sich dann irgendwann gefragt hatte, was er da eigentlich mache. Nicht nur für ihn, war es also plötzlich schwer geworden seine Rolle abzugrenzen, sondern auch für die Schüler sorgte eine solch schwimmende Grenze für Verwirrung, die eine Trennung der Patient-Schüler-Rolle ebenso nicht mehr ermöglichte wie das Erleben der Schule als ein von der Therapie abgegrenzter Raum.

Andere Problematiken ergeben sich durch das unterschiedliche *Verständnis von Schule*. Für die Station hat die Schule oft eine entlastende Funktion (Hilff 1997, 5). Da auch konzeptionell davon ausgegangen wird, dass die meisten Patienten vormittags die Schule für Kranke besuchen, ist zu dieser Zeit auch ein geringerer Betreuungsschlüssel auf Station anzutreffen. Aufgrund dieser zusätzlichen strukturellen Versorgungsmängel kommt es nicht oft zu Vorwürfen seitens der Stationsmitarbeiter, warum der eine oder andere so wenig oder noch gar keinen Unterricht hat. Die Schule sieht darin jedoch eine Deklassierung ihrer Arbeit. Sie sieht ihren Lehr- und Bildungsauftrag nicht als willkommene Abwechslung für den Patienten, was Aussagen seitens der Stationsmitarbeiter („Ha, dem könnt´ bissle Schul au net schade!“) belegen. Schule, und gerade die Schule für Kranke, verfolgt dabei genauso wie die Therapie ein bestimmtes Ziel. Ist dieses jedoch in Absprache mit Station noch nicht ersichtlich, lässt die Krankheit eine Beschulung nicht zu oder lassen sich keine schulischen Perspektiven erkennen, findet kein Unterricht statt.

Natürlich kommt an dieser Stelle die Frage auf, inwiefern eine Nichtbeschulung zur weiteren Stigmatisierung der Betroffenen beiträgt, dennoch verstehe ich auch, dass eine Beschulung ohne jegliche Perspektive, auch wenn diese nur in der Strukturierung des Tagesablaufes liegen mag, ebenfalls negative Folgen haben kann und zwar nicht nur für die Stellung der Schule, sondern auch für den betroffenen Jugendlichen, der ohne eine noch so „kleinschrittige“ Perspektive auch innerhalb einer stationären Behandlung an einer KJP kaum die Chance hat, Fuß zu fassen, weil alles keinen Sinn ergibt und damit die Schule letztlich auch für den Patienten als Beschäftigungstherapie ersichtlich wird.

Nicht zu vernachlässigen ist auch die *Dynamik von Interaktionsprozessen*, die sich v.a. bei Verständnisschwierigkeiten oder Unstimmigkeiten zeigt. Dabei kommt es oft schneller als man denkt, zu emotional aufgeladenen Stimmungen, zu verbalen Auseinandersetzungen und leider nicht selten auch zu unbewussten persönlichen Angriffen oder Angriffen auf die eigene Fachkompetenz. Dass es zu solchen Auseinandersetzungen kommen kann, ist nachzuvollziehen. Wichtig dabei ist aber, dass solche Auseinandersetzungen auch ausgetragen und unter den verschiedenen Gesichtspunkten der betroffenen Personen reflektiert werden.

Zu guter Letzt möchte ich hierbei noch auf die *persönlichkeitsspezifischen Barrieren* einer interdisziplinären Zusammenarbeit eingehen, auch wenn diese in der einschlägigen Literatur entweder ausgelassen oder ausdrücklich vernachlässigt werden, da man diesen Punkt auf jegliche Form von Interaktion oder Austausch anwenden kann und daher nicht als spezifisches Merkmal hemmender Kooperationsfaktoren zu verstehen sei. Natürlich würde ich dies bestätigen, dennoch habe ich bisher in fast all meinen Praxiskontakten erlebt, dass viele Projekte wie Außenklassen an Regelschulen, die Umsetzung neuer methodischer und didaktischer Konzepte an Förderschulen sowie auch die Kooperation zwischen einer Schule für Kranke und der KJP mit den daran beteiligten Personen stehen und fallen. Vieles läuft dabei unbewusst auf der Beziehungsebene ab und viele Probleme beruhen auch auf den Eigenheiten in der jeweiligen Persönlichkeit des Kooperationspartners, was trotz professionellen Handelns nicht immer ausgeschaltet werden kann.

## **10. Interdisziplinäre Kooperation an der KJP in Tübingen:**

### **Die Praktische Umsetzung der Zusammenarbeit zwischen der Schule für Kranke und der KJP in Tübingen**

Die folgenden Beschreibungen der Schnittpunkte zwischen der Schule für Kranke und der KJP in Tübingen beziehen sich hierbei nur auf die beiden Jugendlichenstationen der KJP Tübingen, die ich innerhalb meiner Hospitationszeit dort kennen gelernt habe.

#### **10.1 Stationsübergabe**

Die Stationsübergabe stellt ursprünglich ein Übergabegespräch für die nachkommende Schicht auf Station dar und findet in der Jugendlichenstation täglich in der Mittagspause im Stationszimmer statt. Einmal die Woche nehmen neben dem Stationsarzt, dem Psychologen und den Mitarbeitern des Erziehungs- und Pflegedienstes, bei Bedarf auch dem Sozialpädagogen der Nachsorge, an der einstündigen Besprechung auch zwei Lehrkräfte der Sekundarstufe teil, die als Bezugslehrer für die Jugendlichen auf Station fungieren.

Dabei werden die einzelnen Patienten der Station nacheinander besprochen. Die gegenwärtige Situation und das Erleben der Jugendlichen auf Station wie in der Schule werden dabei ebenso thematisiert wie die jeweiligen therapeutischen und schulischen Zielsetzungen. Auch der Stand der Diagnose und die Berücksichtigung der Beobachtung aller am betroffenen Patienten Beteiligten fließen hier mit ein. Dabei wird immer wieder überprüft, ob die formulierten Ziele noch dem Jetzt-Zustand entsprechen oder gegebenenfalls abgeändert werden müssen. Das für die Lehrkräfte wöchentliche Übergabegespräch dient dabei auch einem Informationsaustausch, der alle Auskünfte der Station, der Schule, der Eltern sowie gegebenenfalls der Nachsorge oder der Jugendhilfe bündelt und somit ein breiteres Bild der jeweiligen Situation schafft. Es kommt also für alle Seiten zu einer wichtigen Rückmeldung von Station, Schule und Therapie, wobei zu beobachten ist, dass die Mitarbeiter von Station und die Lehrer der Schule für Kranke dabei oftmals frei erzählen, während sich der behandelnde Arzt oder Psychologe häufig erst auf Nachfragen der Beteiligten äußert, z.B. wenn Unklarheiten im schulischen Verhalten sowie im Verhalten des Patienten auf Station zu beobachten sind. Daneben werden natürlich

auch viele organisatorische Dinge wie neue Ausgangsregeln für einzelne Jugendliche, Essenspläne für anorektische Patienten oder ersichtliche Nebenwirkungen bei der Abgabe von Medikamenten besprochen. Ziel solcher Besprechungen wie der Stationsübergabe ist es dabei, für alle Beteiligten verbindliche Absprachen zu treffen, die für den weiteren Stations-, Therapie- und Schulablauf von Bedeutung sind und wo sich jeder der Beteiligten seine nötigen Informationen zur Arbeit mit den Jugendlichen holen kann.

## **10.2 Supervision**

Die Supervision lässt sich hierbei als Fallbesprechung verstehen. Sie findet auf Station mehrmals in der Woche statt und wird von einem externen psychoanalytischen Supervisor geleitet. Die Fallbesprechung unterscheidet sich dabei zwischen der Kleinteamsupervision, an der nur die jeweiligen Bezugspersonen eines Patienten teilnehmen, und der Großteamsupervision, an der alle diensthabenden Mitarbeiter der Station teilnehmen. Die Lehrkräfte der Sekundarstufe der Schule für Kranke an der KJP Tübingen kommen dabei einmal wöchentlich zu der Großteamsupervision der Station dazu. Bei dringendem Abklärungsbedarf von schulischer Seite ist jedoch auch eine Teilnahme an den weiteren Supervisionen möglich. Erwähnenswert ist hierbei noch, dass die Lehrkräfte die Fallbesprechungen nur an einer der beiden Jugendlichenstationen besuchen können, da die andere Jugendlichenstation ihre Großteamsupervision während der Unterrichtszeit abhält.

Bei der Supervision wird dabei jedes Mal ein Patient durchgesprochen. Die Entscheidung, wer besprochen wird, wird zuvor im Stationsteam getroffen.

Durch die Teilnahme der verschiedenen Disziplinen in der Supervision ergibt sich ein mehrperspektivisches Bild über den Patienten, das Einblicke aus der Therapie, dem Alltag auf Station sowie aus der Schule beinhaltet. Dabei werden die Anamnese, Beziehungsstrukturen, Persönlichkeitsmerkmale, Probleme im alltäglichen Leben sowie der aktuelle Entwicklungsstand des Patienten durch die Schilderungen der Mitarbeiter zusammen getragen.

Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse wie sie über das Bezugspersonensystem (siehe Kapitel 6.5) provoziert werden, werden ersichtlich und fördern das Verständnis für den Patienten und dessen Krankheitsprozesse. Darauf

aufbauend können gemeinsame Therapieziele entwickelt und alle Beteiligten auf alternative Handlungsmuster in der Interaktion mit dem Jugendlichen aufmerksam gemacht werden, was einerseits für die Mitarbeiter, die zum Teil heftigen Gefühlsreaktionen und einer verstrickten Dynamik ausgesetzt sind, eine enorme Entlastung und neue Distanz bedeuten kann und was andererseits für die Patienten kontinuierliche und sichere Rahmenbedingungen bietet.

Eine wesentliche Aufgabe des Supervisors besteht dabei darin, die beteiligten Personen an ihre erlebten Emotionen und an die vorliegenden Beziehungsstrukturen und daran anknüpfend an mögliche Handlungsvorschläge heranzuführen und diese zu verbalisieren, um dadurch Verständnis für den Patienten in seinem jeweiligen Krankheitsprozess zu finden.

### **10.3 Besprechungen mit der Klinikleitung**

In Tübingen findet einmal im Monat eine Besprechung mit dem Chefarzt der Abteilung der PPKJ, allen Lehrern der Schule für Kranke im psychiatrischen Bereich sowie dem Schulleiter und der Konrektorin, die im somatischen Bereich der Schule für Kranke arbeitet, statt.

Wesentliche Inhalte sind hierbei häufig allgemeine Informationen, aktuell z.B. zum Stand der Renovierung und des voraussichtlichen Umzugstermins in die alten Gebäude der KJP, organisatorische Dinge wie die Bekanntgabe des Termins und des Ortes der diesjährigen Weihnachtsfeier oder das Erinnern an Vorträge bzw. gemeinsame Veranstaltungen wie z.B. Forschungsvorträge der Mediziner und Psychologen, dem Hospitationstag der Referendare vom Seminar Stuttgart oder die Vorstellung einer Nachsorgeeinrichtung im Hause. Daneben werden je nach Bedarf und Anlass auch noch allgemeine Probleme oder Hürden in der Zusammenarbeit mit der Station angesprochen, um einerseits die Klinikleitung überhaupt davon in Kenntnis zu setzen und um andererseits mögliche gemeinsame Lösungen zu finden.

### **10.4 Weitere Formen der Kooperation**

Daneben *begibt sich jeden morgen vor Unterrichtsbeginn eine Lehrkraft der Sekundarstufe auf Station*, um nachzufragen, ob alles in Ordnung sei, ob am gestrigen Nachmittag noch etwas Wichtiges passiert sei, was für die Schule heute

wichtig sein könnte, wie das eine oder andere Elterngespräch verlief oder einfach auch um einzelne Beobachtungen innerhalb des Unterrichtsgeschehens an die Mitarbeiter der Station weiterzugeben.

Zu den weiteren Umsetzungen der Kooperation zählen aber auch die nicht seltenen *telefonischen Absprachen* während der Unterrichtszeit mit Station. Da sich in jedem Klassenzimmer ein Telefon befindet, lassen sich kurze Informationen oder Nachfragen wie „Kam Moritz<sup>8</sup> schon bei euch auf Station oder in der Schule an“, „Isabell<sup>9</sup> kann heute doch nicht in die Schule kommen, weil sie sich eben wieder geritzt hat“ usw. am schnellsten weiterleiten.

Die gemeinsam geführten *Elterngespräche*, bei denen neben dem Jugendlichen und dessen Eltern sowohl der behandelnde Arzt oder Psychologe, eine Bezugsperson aus dem Erziehungs- und Pflegedienst, als auch je nach Bedarf der jeweilige Bezugslehrer teilnehmen, lassen sich ebenfalls als weitere Kooperationsschnittpunkte verstehen. Die Elterngespräche werden dabei jedoch nur zusammen mit einer Lehrkraft der Schule geführt, wenn dabei auch schulische Fragen z.B. „Wie kann es mit Sven schulisch weitergehen?, sollte eine Umschulung erwägt werden?“ usw. thematisiert werden. Falls dabei vorige Absprachen zwischen Schule und Station getroffen werden müssen, finden diese ebenfalls im Vorfeld statt und zählen somit auch zu den gemeinsamen Besprechungen im Alltag des Schul- und Stationsbetriebes.

Eine weitere Form der Zusammenarbeit lässt sich bei der *Vorstellung der Jugendlichen an Gastschulen oder von Nachsorgeeinrichtungen* erkennen. Hier werden die Jugendlichen von einer ihrer Bezugspersonen von Station, ihrem Bezugslehrer der Schule für Kranke und je nach Bedarf auch vom Sozialpädagogen der Klinik, der mit der Nachsorge beauftragt ist, begleitet.

*Krisengespräche* stellen ebenfalls ein Element der interdisziplinären Kooperationsformen dar. Diese finden nur bei Bedarf statt und sind oftmals nötig, wenn schulische Zielsetzungen in Absprache mit Therapie neu formuliert werden müssen. Dies ist z.B. der Fall, wenn die Frage aufkommt, ob der Schüler in der

---

<sup>8</sup> Alle verwendeten Namen wurden dem Datenschutz zufolge geändert und zur besseren Lesbarkeit durch andere Namen ersetzt.

<sup>9</sup> ebd.

---

derzeitigen Verfassung überhaupt weiter auf eine Abschlussprüfung vorbereitet werden soll, oder ob es nicht doch sinnvoller wäre, diese aufgrund des Krankheitszustandes zu verschieben, was für den Patienten einerseits als Entlastung aber auch als Wegbrechen einer Perspektive betrachtet werden kann. Solche Fragestellungen müssen dann in Absprache mit der therapeutischen Einschätzung und Zielsetzung bearbeitet werden.

Daneben ist jedoch noch zu erwähnen, dass generell beide Seiten, also sowohl die einzelnen Ansprechpartner des Stationsbetriebes als auch die Lehrer der Schule für Kranke, jederzeit für weitere Anregungen, Nachfragen oder Hilfestellungen offen sind, so dass bei Unsicherheiten oder wichtigen Anmerkungen immer wieder kurze Gespräche, häufig die so genannten „*Zwischen-Tür-und-Angel-Gespräche*“, von beiden Seiten möglich sind.



## **11. Befragung der Vertreter der einzelnen Fachdisziplinen zur Kooperation zwischen der Schule für Kranke und der KJP in Tübingen**

### **11.1 Die Untersuchung**

Die Erhebung zur interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen der Schule für Kranke und der KJP Tübingen setzt sich aus einem quantitativen Befragungsteil anhand von Fragebögen und einem qualitativen Befragungsteil anhand von Leitfadeninterviews zusammen. Die Fragebogenerhebung soll dabei eine erste allgemeine Bestandsaufnahme zur interdisziplinären Kooperation in Tübingen darstellen, die durch die spezifische Analyse der Interviews noch vertieft werden soll.

Befragt wurden dazu einzelne Vertreter der jeweiligen Disziplinen der Jugendlichenstationen an der KJP sowie einzelne Lehrkräfte der Schule für Kranke im psychiatrischen Bereich. Die Befragung entstand im Dezember 2006 und wurde in den Räumlichkeiten der Schule, der Station und in den Sprechzimmern der Ärzte bzw. Psychologen durchgeführt. Für jedes Interview wurde dabei ein zeitlicher Rahmen von bis zu 30 Minuten festgelegt, der auch von fast allen befragten Personen eingehalten werden konnte. Dabei nahmen alle Befragten im Anschluss an die Interviews auch an der Fragebogenerhebung teil.

Die exemplarische Erhebung soll hierbei einen Einblick in die interdisziplinäre Kooperation zwischen der Schule für Kranke und der KJP geben. Die Fragen wurden dabei so gewählt, dass nicht nur eine allgemeine Bewertung der Zusammenarbeit möglich ist, sondern auch gezielt auf mögliche Schwierigkeiten und Verbesserungen der interdisziplinären Kooperation eingegangen werden kann. Natürlich lässt sich durch die Erhebung und die geringe Anzahl der Befragten keine Repräsentativität und in Folge dessen keine Allgemeingültigkeit ableiten. Dennoch denke ich, dass die durchgeführte Befragung einen guten Überblick über die Kooperationssituation sowie über mögliche Reibepunkte in der Zusammenarbeit zwischen der Schule für Kranke und den Mitarbeitern der KJP in Tübingen bietet.

Im Folgenden soll zur besseren Anschaulichkeit der Ergebnisse auf eine Unterscheidung zwischen der „Schule für Kranke“, für welche die drei befragten Lehrer und der Schulleiter stehen, und der „Station“, für welche zwei Erzieher, ein Ergotherapeut, zwei Psychologen sowie ein Stationsarzt stehen, getroffen werden.

## **11. 2 Methode und Ergebnisse der quantitativen Befragung**

### **11.2.1 Der Fragebogen**

Da unterschiedliche Vertreter der bereits beschriebenen Disziplinen innerhalb der Fragebogenerhebung erfasst werden sollten, war eine Spezifizierung des Fragebogens nötig. So wurde inhaltlich natürlich eine einheitliche Form gewählt, die jedoch in der Fragen- bzw. Aussagenstellung auch auf die jeweilige Kooperationsseite (Station bzw. Schule für Kranke) angepasst werden musste.

Allgemein wurde der Fragebogen in zwei Einheiten unterteilt. Zu Beginn wurden die inhaltlichen Gesichtspunkte zur Zusammenarbeit erfragt. Diese waren dabei thematisch in den Bereich der allgemeinen Beschreibung und der Umsetzungsformen der interdisziplinären Kooperation sowie in den Bereich des Erlebens von Teamsitzungen gegliedert. Die zweite Einheit des Fragebogens beinhaltete dann noch Hintergrundinformationen zur befragten Person, die unter Kapitel 11.2.2.1 innerhalb der demographischen Merkmale aller Befragten näher erläutert werden.

Der Fragebogen wurde dabei jeweils nach dem Interview ausgehändigt und je nach Zeitlage direkt im Anschluss ausgefüllt oder anonym und verschlossen an die Schulstelle weitergeleitet.

Ein großer Teil des Fragebogens zur inhaltlichen Auseinandersetzung mit der interdisziplinären Kooperation bestand dabei aus Aussagen, die einer fünfstufigen Skala entsprach und Abstufungen von „trifft voll zu“ bis „trifft nicht zu“ erlaubte.

Als Beispiel soll hier eine Aussage zum Erleben der Teamsitzungen herangezogen werden:

#### **5.) Bei den Teamsitzungen fühle ich mich als gleichwertiges Mitglied.**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft voll zu	trifft eher zu	weiß nicht	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu

Daneben bildeten standardisierte Fragen, die in einer dreistufigen Skala von „trifft zu“ über „weiß nicht“ bis „trifft nicht zu“ reichten, eine zusätzliche Variante innerhalb der quantitativen Erhebung. Diese Form wurde dabei nur für die Erfragung der unterschiedlichen Umsetzungsformen der Kooperation angewandt und soll hier kurz aufgezeigt werden:

**2.) Sehen Sie neben den gängigen Möglichkeiten des interdisziplinären Austausches (z.B. Fallbesprechungen, Stationsübergabe,...) noch weitere?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft zu	weiß nicht	trifft nicht zu

Eine weitere Form der Befragung wurde durch eine verbalisierte ebenfalls fünfstufige Notenskala eingeführt. Diese betraf jedoch lediglich die Frage zur allgemeinen Bewertung der gegenwärtigen Kooperation mit der Partnerdisziplin und wurde exemplarisch am Beispiel des Lehrerfragebogens in folgender Form angeführt:

**7.) Wie würden Sie die allgemeine Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Klinik bewerten?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr gut	gut	ausreichend	mangelhaft	ungenügend

Zusätzlich wurden noch vereinzelt offene Fragen gestellt, die sich auf eine Ergänzung bzw. Präzisierung der vorherigen Frage beziehen, was das folgende Beispiel deutlich machen soll:

**6.) Wenn Sie „trifft eher nicht zu“ oder „trifft nicht zu“ angekreuzt haben:**

**a) Auf welchen Fachbereich bezieht sich dies am ehesten?**


Am Ende des Fragebogens wurde dann noch die Gelegenheit gegeben, allgemeine Ergänzungen oder Anmerkungen über die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu äußern.

## 11.2.2 Ergebnisse der quantitativen Befragung<sup>10</sup>

### 11.2.2.1 Demographische Merkmale der Befragten

Wie bereits erwähnt, wurden in der zweiten Einheit der Fragebogenerhebung Daten zu den Teilnehmern erhoben. Da alle Interviewpartner sowohl an der quantitativen Fragebogenerhebung als auch an der qualitativen Interviewbefragung teilgenommen haben, lassen sich hier die demographischen Merkmale aller befragten Personen überblicksartig darstellen.

Die Anzahl der befragten Personen betrug dabei  $N = 10$ . Zu den befragten Professionen gehören ein Arzt, zwei Psychologen, ein Ergotherapeut, zwei Erzieher, der Schulleiter und drei Lehrer, wobei jeweils 50% der Befragten männlich bzw. weiblich waren.

Bei der *Altersverteilung* (Abbildung 4) zeigte sich, dass ein signifikanter Großteil (70%) der befragten Teilnehmer zwischen 40 und 60 Jahren liegt, wobei eine der befragten Personen jünger als 30 war und sich dadurch im Vergleich zu den anderen Teilnehmern deutlich abhob.

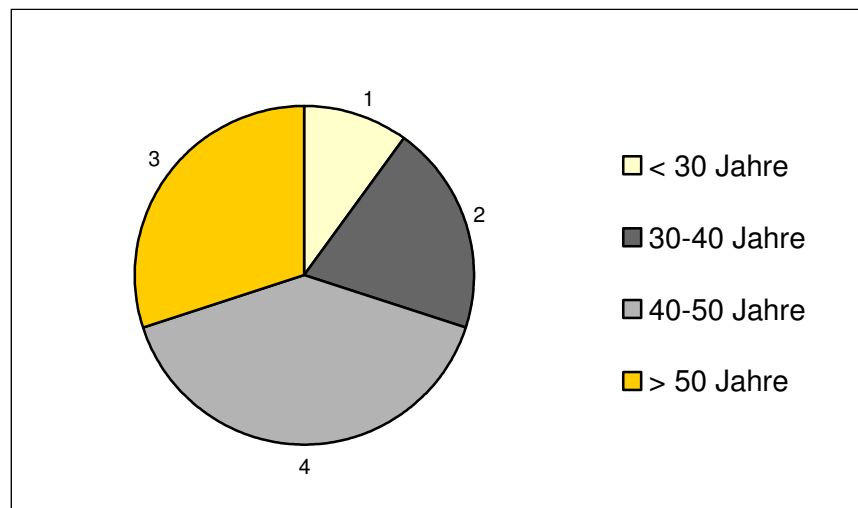


Abbildung 4: Altersverteilung der befragten Personen

<sup>10</sup> Die gesamte Auswertung der Fragebögen befindet sich im Anhang.

Da wie bereits in Kapitel 3.8 erwähnt unterschiedliche Lehrerberufe an der Schule für Kranke zu finden sind, wurde auch die jeweils *schulartenspezifische Ausbildung* der Lehrer erfragt. Dabei zeigte sich, dass mit 75% die meisten der befragten Lehrkräfte (N = 4) eine Ausbildung zum Sonderschullehrer haben. Unter den Sonderschullehrkräften sind jedoch wiederum zwei Drittel, die bereits zuvor ein GHS-Studium abgeschlossen hatten. Einer der befragten Lehrer hatte Gymnasiallehramt studiert und keiner der gefragten Lehrer war Realschul- oder Berufsschullehrer.

Des Weiteren wurde noch in informeller Form die Frage nach möglichen *Zusatzausbildungen oder –qualifikationen der Stationsmitarbeiter* (N = 6) gestellt. Dabei wurde deutlich, dass die Hälfte der befragten Mitarbeiter der Klinik über weitere Ausbildungen verfügen. Genannt wurden hierbei die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Fachkraft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, zum SI-Therapeuten und zum Nordic-Walking Trainer.

Ein weiteres Element der Erhebung stellte die Frage nach der *Berufserfahrung* (Abbildung 5) der befragten Personen dar. Hierbei zeigte sich, dass 80% der Befragten mehr als fünf Jahre Berufserfahrung im psychiatrischen Bereich mit sich bringen und nur 20% der Befragten seit weniger als fünf Jahren in diesem Bereich tätig sind. Diese Zahl dürfte dabei auch mit der überdurchschnittlich hohen Altersverteilung der Teilnehmer korrelieren.

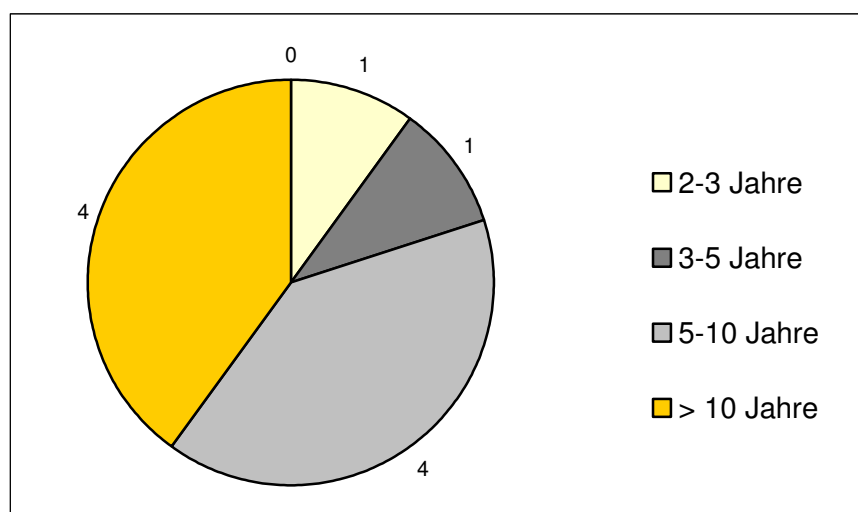


Abbildung 5: Berufserfahrung der befragten Personen

Zum Abschluss der demographischen Auswertung wurde dann noch die *Berufszufriedenheit* (Abbildung 6) innerhalb der Institution in Tübingen erfasst. Unter den befragten Personen (N = 10) wurde mit einem Wert von 80% eine signifikant hohe berufliche Zufriedenheit ersichtlich. Nur jeweils 10% der Befragten beantworteten diese Frage mit „teils/teils“ oder machten dazu keine Angabe. Dabei ist jedoch nicht zu vernachlässigen, dass sich eine der befragten Personen nicht zu ihrer Berufszufriedenheit äußerte, was einerseits so gedeutet werden kann, dass diese Person eine solche Frage als einen möglichen Eingriff in ihre Intimsphäre verstanden hatte, andererseits könnte dies aber auch ein Anzeichen dafür sein, dass eine eher negative Bewertung der Berufszufriedenheit dadurch umgangen wurde, was das allgemeine Ergebnis der hohen Berufszufriedenheit damit natürlich negativ beeinflussen würde.

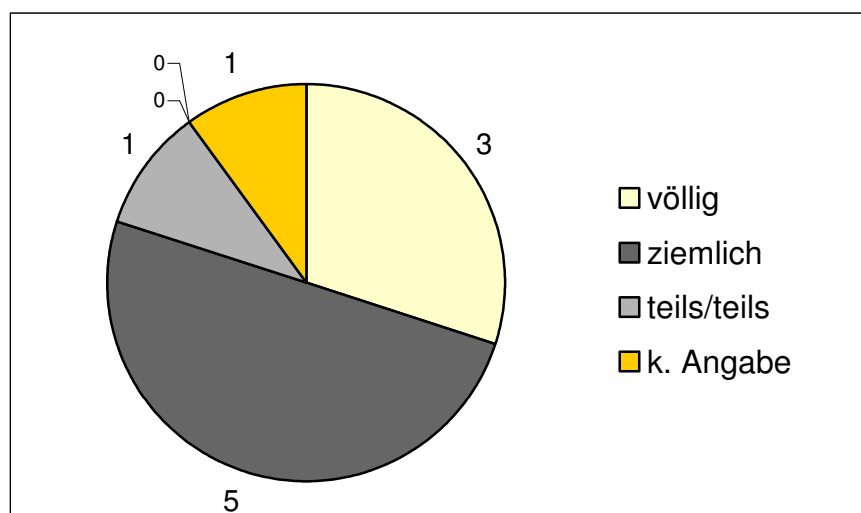


Abbildung 6: Berufszufriedenheit der befragten Personen

#### 11.2.2.2 Inhaltliche Ergebnisse der interdisziplinären Kooperation

Zur besseren Vergleichbarkeit und zur Erstellung einer anschließenden Gegenüberstellung der gegebenen Antworten auf der schulischen Seite sowie der Stationsseite wurde innerhalb der weiteren Fragebogenauswertung eine Trennung nach den Vertretern der Schule (N = 4: drei Lehrkräfte und der Schulleiter) und den Vertretern der Station (N = 6: zwei Erzieher, ein Ergotherapeut, zwei Psychologen und ein Arzt) vollzogen. Die Auswertung wurde dabei in die benannten drei Bereiche eingeteilt: die Auswertung der Ergebnisse der Lehrkräfte der Schule für Kranke, die

Auswertung der Ergebnisse der Stationsmitarbeiter und die Gegenüberstellung der Ergebnisse beider Seiten.

### Auswertung der Ergebnisse der Lehrkräfte an der Schule für Kranke

Die allgemeine Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Station wurde mit 100% von allen Lehrkräften der Schule für Kranke (N = 4) mit „gut“ bewertet, was sich gleich zu Beginn als sehr positiv erweist.

Dies könnte daran geknüpft sein, dass die Vertreter der schulischen Seite bisher auch eine große Offenheit der anderen Fachdisziplinen (Abbildung 7) antrafen, die einen gemeinsamen Austausch, gemeinsame Abstimmungen sowie jeweilige Hilfestellungen in der Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen erst ermöglichten. Eine völlige Offenheit aller Fachdisziplinen wurde dabei von 75% der befragten Lehrer gesehen. Lediglich ein Lehrer (25%) schwächte diese Aussage zu einem „trifft eher zu“ ab.

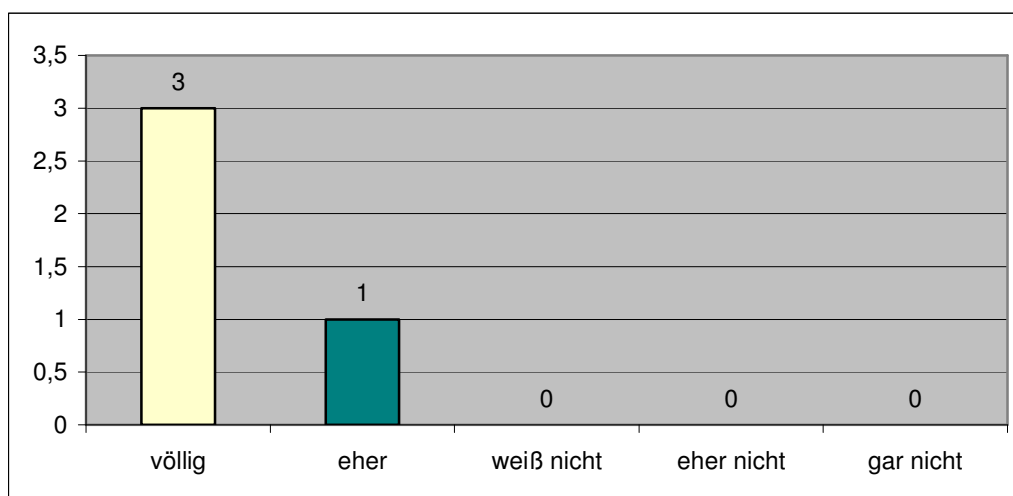


Abbildung 7: Offenheit aller Fachdisziplinen für Fragen und Austausch (Schule)

Die Aussage zur allgemeinen Offenheit wurde in der näheren Betrachtung jedoch dadurch getrübt, dass die Lehrer ihre Unterrichtsbeobachtungen nicht in der gleichen Intensität in der weiteren Therapie berücksichtigt sehen (Abbildung 8). Hier sprachen sich alle Befragten dafür aus, dass ein Einbezug der schulischen Beobachtungen in die therapeutische Arbeit bisher nicht völlig gegeben war und beantworteten diese Frage geschlossen mit „trifft eher zu“.

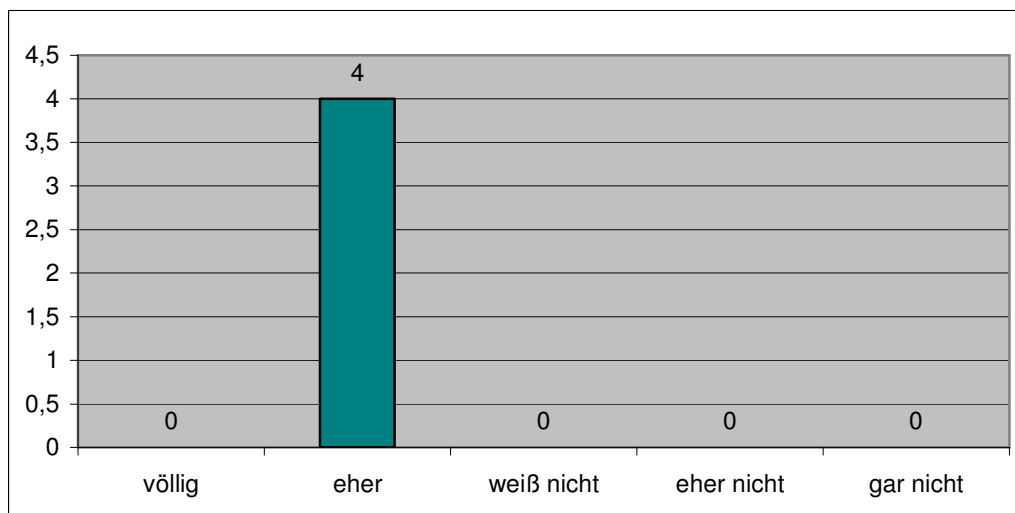


Abbildung 8: Einbezug der Unterrichtsbeobachtungen in die Therapie (Schule)

Trotz dem Ergebnis, dass die Unterrichtsbeobachtungen der Lehrer nur manchmal in die weitere Therapie der jungen Patienten einbezogen wurden, sprachen sich alle befragten Lehrkräfte dafür aus, dass sich die Ärzte und Therapeuten auf Station auch auf die anderen Fachbereiche einlassen. Diese Aussage wurde dabei sogar von 25% mit „trifft völlig zu“ und von den restlichen 75% mit der abgeschwächten Form „trifft eher zu“ beurteilt.

Auf die Frage, ob eine klare Abgrenzung zwischen Therapie, Arbeit auf Station und Schule vorliegt (Abbildung 9) äußerten sich jeweils 50% der befragten Lehrer mit „trifft völlig zu“ bzw. „trifft eher zu“. Dadurch lässt sich wohl der Zwiespalt erkennen, den die Arbeit im interdisziplinären Geflecht mit sich bringt. Einerseits plädiert man für eine klare Abgrenzung der einzelnen Bereiche, andererseits muss diese klare Abgrenzung manchmal jedoch für die notwendigen fachlich übergreifenden Abstimmungen zu Gunsten der Jugendlichen geschmälert werden, um eine ganzheitliche und somit qualitativ hochwertige Arbeit leisten zu können.



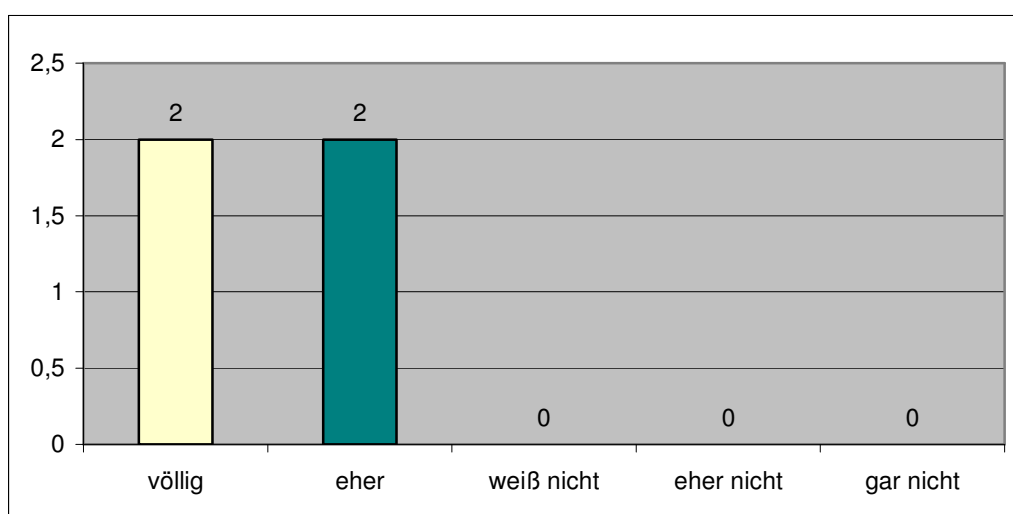


Abbildung 9: Abgrenzung zwischen Therapie, Arbeit auf Station und Schule (Schule)

Zur Frage der Umsetzungsformen der interdisziplinären Zusammenarbeit äußerten sich die befragten Lehrer wie folgt: 75% sahen neben den gängigen Möglichkeiten des Austausches wie den Stationsübergabegesprächen und den Supervisionen noch viele weitere Formen der Zusammenarbeit, die bereits im Kapitel 10. 4 erläutert wurden. Lediglich ein Lehrer beantwortete diese Frage mit „trifft nicht zu“, was daran liegen könnte, dass dieser neben den beiden erwähnten Umsetzungen keinen weiteren Kontakt mit der Station hat oder wohl eher dass die weiteren Möglichkeiten wie z.B. telefonische Absprachen beim Ausfüllen einfach nicht beachtet wurden, weil diese zur banalen alltäglichen Arbeit gehören.

Abschließend erwies sich noch die Auswertung der Aussage zum Erleben der Teamsitzungen (Abbildung 10) als sehr positiv. Hier sah sich mit 75% der Großteil der befragten Lehrer als vollkommen gleichwertiges Mitglied. Nur eine Person schwächte diese Aussage mit „trifft eher zu“ ab. Innerhalb der interdisziplinären Besprechungen spricht dies daher gegen ein starkes Machtgefälle und gegen eine starke Hierarchisierung gegenüber den Lehrkräften, was beste Voraussetzungen für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit erkennen lässt.

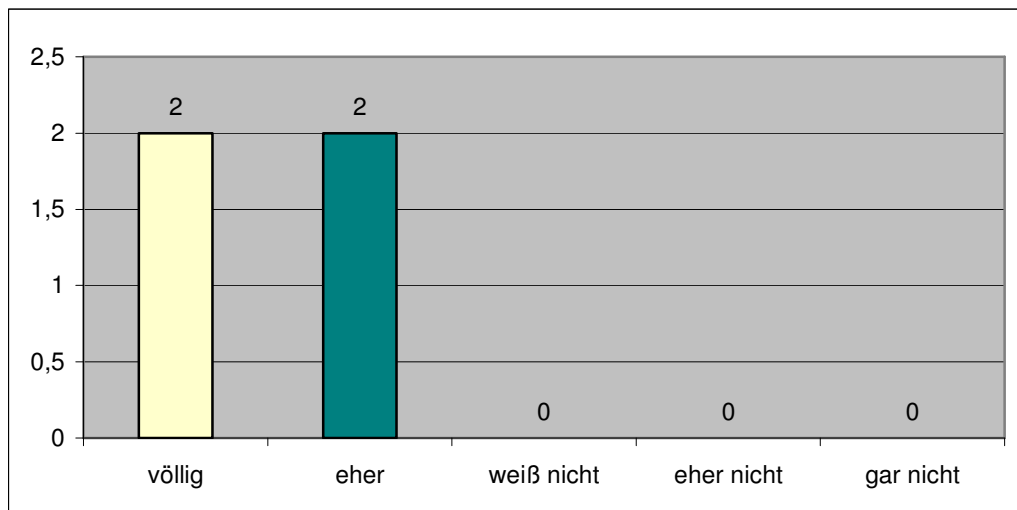


Abbildung 10: Erleben der Teamsitzungen (Schule)

### Auswertung der Ergebnisse der Stationsmitarbeiter

Bei der Analyse der Daten der Stationsmitarbeiter (N = 6) ergab sich ebenfalls eine sehr positive Bewertung der allgemeinen Zusammenarbeit mit der Schule für Kranke (Abbildung 11). Hier bewerteten jeweils 50% der befragten Stationsmitarbeiter die Zusammenarbeit mit „sehr gut“ bzw. mit „gut“.

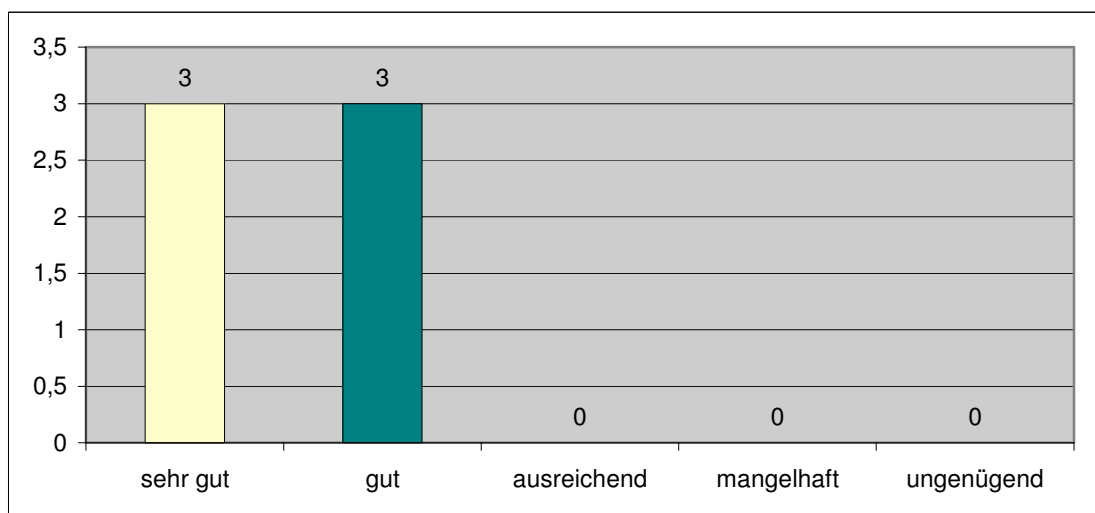


Abbildung 11: Bewertung der Zusammenarbeit mit der Schule für Kranke (Station)

Bei der folgenden Aussage zur Offenheit aller Fachdisziplinen ließ sich erkennen, dass die Befragten diese recht häufig erleben. Zwei Drittel sprachen sich hierbei dafür aus, dass diese Aussage „eher“ zutreffe. Eine Person sah diese Aussage „völlig“ zutreffend, während eine weitere Person diese mit „trifft eher nicht zu“ einschätzte. Trotz des eindeutigen Schwerpunkts der Aussagen, dass eine solche

Offenheit meist vorzufinden ist, ließ sich bei dieser Aussage erstmals eine breitere Streuung erkennen. Da die Aussage aber nicht explizit auf die Schule für Kranke bezogen wurde, könnte die leicht sichtbare Bemängelung der Offenheit gegenüber anderen Fachbereichen auch innerhalb der verschiedenen Professionen auf Station gesehen werden. In einer offenen Anschlussfrage konnten dazu jedoch keine näheren Schlüsse gezogen werden, da diese von keiner der befragten Personen genutzt wurde.

Unterstützt wurde diese Vermutung zur vorherigen Aussage noch dadurch, dass sich die befragten Stationsmitarbeiter auf die Frage, ob sich speziell die Lehrer der Schule für Kranke auch auf andere Disziplinen einließen (Abbildung 12), insgesamt sehr positiv äußerten. Hierbei zeigte sich nämlich, dass ein Drittel der Befragten die Offenheit der Klinikschullehrer mit „trifft eher zu“ bis „weiß nicht“ beurteilte, was jedoch auch die starke Favorisierung einer völligen Offenheit durch die restlichen zwei Drittel leicht abschwächt.

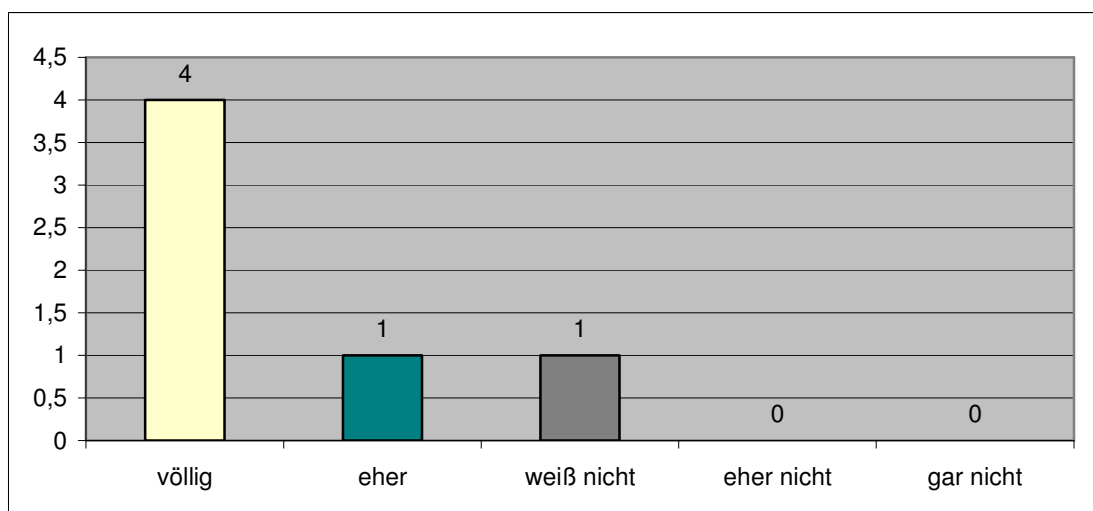


Abbildung 12: Offenheit der Lehrer der Schule für Kranke gegenüber anderen Disziplinen (Station)

Ein weiterer Beleg für die Offenheit der Lehrer wurde dadurch deutlich, dass alle Stationsmitarbeiter der Meinung sind, dass die eigenen Beobachtungen auf Station in die schulische Arbeit mit einbezogen werden. Dies beantworteten sie zu 33% mit „trifft völlig zu“ und zum Großteil (66%) mit der gedämpften Form „trifft eher zu“, was wiederum auf eine gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung schließen lässt, die ebenfalls zu den Grundvoraussetzungen einer interdisziplinären Kooperation gehören.

Die Frage nach der klaren Abgrenzung zwischen der Therapie, der Arbeit auf Station sowie der Schule (Abbildung 13) sahen 66% der Mitarbeiter auf Station gegeben. Das restliche Drittel bekräftigte dagegen eine klare Abgrenzung der einzelnen Bereiche mit „trifft völlig zu“.

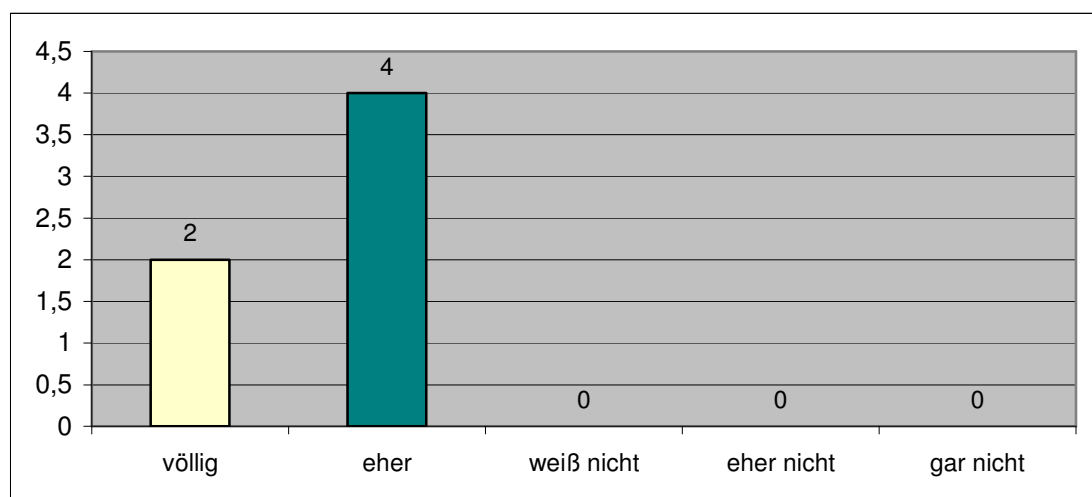


Abbildung 13: Abgrenzung zwischen Therapie, Arbeit auf Station und Schule (Station)

Auf die Frage, ob die Stationsmitarbeiter neben den gängigen Teambesprechungen wie die Stationsübergabe oder die Supervision noch weitere Möglichkeiten des interdisziplinären Austausches sehen, antworteten 50% mit „trifft zu“. Hier wurden nun im offenen Teil zu dieser Frage interne Fortbildungen, ein Austausch über die Art der Zusammenarbeit sowie über mögliche Chancen und Grenzen der gegenseitigen Unterstützung angeführt. Die weiteren 50% verteilten sich mit einem Drittel auf „weiß nicht“ und mit einem Sechstel auf „trifft nicht zu“. Dies könnte ebenfalls wieder so gedeutet werden, dass die verschiedenen Professionen der KJP (Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Erzieher und Pfleger) unterschiedlich viele Kontakte zu den einzelnen Disziplinen pflegen und somit ein darüber hinausgehender Austausch entweder aus strukturellen Gründen nicht möglich oder aber aus fachlichen Gründen nicht erwünscht ist.

Abschließend wurde auch hier die Frage zum Erleben der gemeinsamen Teambesprechungen (Abbildung 14) gestellt. Hier ergab sich ein sehr positives Ergebnis, das ebenfalls den Verdacht einer starken Hierarchisierung auch innerhalb der Teamsitzungen entkräftet. Zwei Drittel der befragten Stationsmitarbeiter fühlen sich hier nämlich als völlig gleichwertiges Mitglied, während das restliche Drittel diese

Aussage durch die Äußerung „trifft eher zu“ relativiert. Insgesamt stellt dies dennoch eine gute Voraussetzung für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit dar.

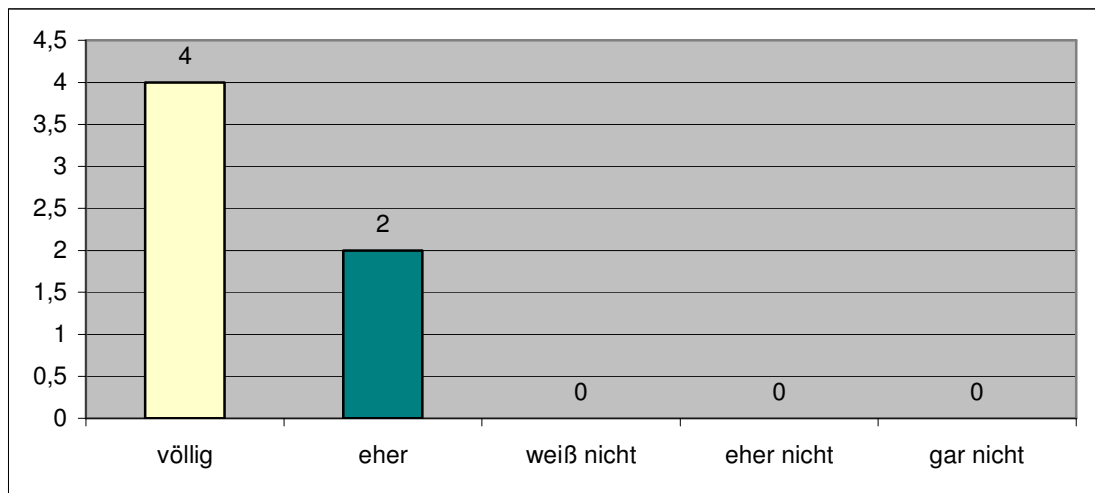


Abbildung 14: Erleben der Teamsitzungen (Station)

### Gegenüberstellung der Ergebnisse

Bei der Gegenüberstellung der Ergebnisse von schulischer Seite und von Stationsseite wurde deutlich, dass die interdisziplinäre Kooperation (Abbildung 15) von allen Befragten (N = 10) insgesamt als „sehr gut“ bis „gut“ bewertet wurde mit einer eindeutigen Tendenz nach „gut“ (70%). Auffallend war dabei, dass die Station die gegenseitige Zusammenarbeit besser bewertete als die Schule. Insgesamt ergibt sich aber ein sehr positives Gesamtbild zur Bewertung der gegenseitigen Kooperation.

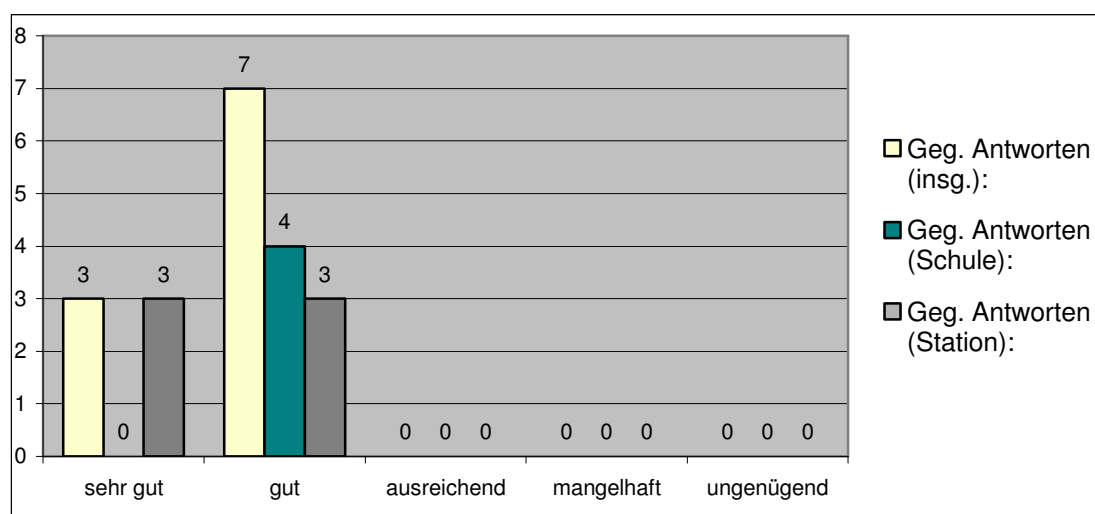


Abbildung 15: Bewertung der interdisziplinären Kooperation (Gegenüberstellung)

Bei der Aussage zur Offenheit aller Fachdisziplinen für den gegenseitigen Austausch (Abbildung 16) zeigte sich, dass alle befragten Personen diese zu insgesamt 90% mit „trifft völlig zu“ (40%) und mit „trifft eher zu“ (50%) beurteilten. Dabei soll jedoch wieder die eine Nennung von Seiten der Station nicht vernachlässigt werden, die sich „eher“ gegen eine Offenheit zum fachlich übergreifenden Austausch aussprach. Zudem ließ sich erkennen, dass die befragten Vertreter der Schule dieser Zusage deutlich mehr zustimmten als die Mitarbeiter der Station, was jedoch ebenfalls wieder darin begründet werden könnte, dass im Gegensatz zur Schule auf Station viele verschiedene Professionen tätig sind. Da die Erfragung aller Fachdisziplinen jedoch im Vordergrund stand, lässt dies darauf schließen, dass die verschiedenen Fachbereiche auf der Station ebenfalls in die Bewertung des gegenseitigen Austausches hineinspielen.

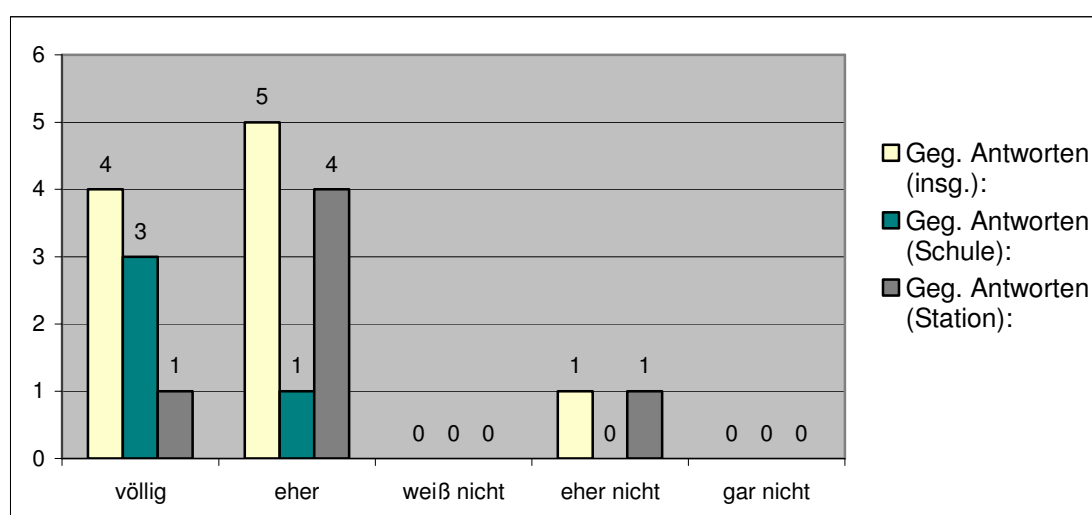


Abbildung 16: Offenheit aller Fachdisziplinen für Fragen und Austausch (Gegenüberstellung)

Präzisiert wurde diese erste allgemein Aussage dann schließlich durch die Erfragung der Kooperationsbereitschaft und Offenheit der jeweils anderen Seite. So wurden die Mitarbeiter der Station gefragt wie offen sie die Lehrkräfte der Schule für Kranke gegenüber anderen Disziplinen sehen und im Gegenzug dazu die schulischen Vertreter wie offen sie die Stationsmitarbeiter gegenüber anderen Disziplinen einschätzen (Abbildung 17). Es zeigte sich hierbei, dass insgesamt 90% aller Befragten diese Aussage mit „trifft völlig zu“ (50%) bis „trifft eher zu“ (40%) bewerteten, was erneut auf eine gegenseitige Achtung und Wertschätzung in der interdisziplinären Kooperation schließen lässt. Dabei sprachen sich jedoch die Stationsmitarbeiter deutlich öfter für eine positivere Bewertung der Offenheit der

Schule für Kranke aus als umgekehrt, was sich dadurch zeigt, dass diese eine völlige Offenheit in der Schule mit 66% bewerten, während die Lehrer diese totale Offenheit den Vertretern der Station nur mit 25% zugestehen.

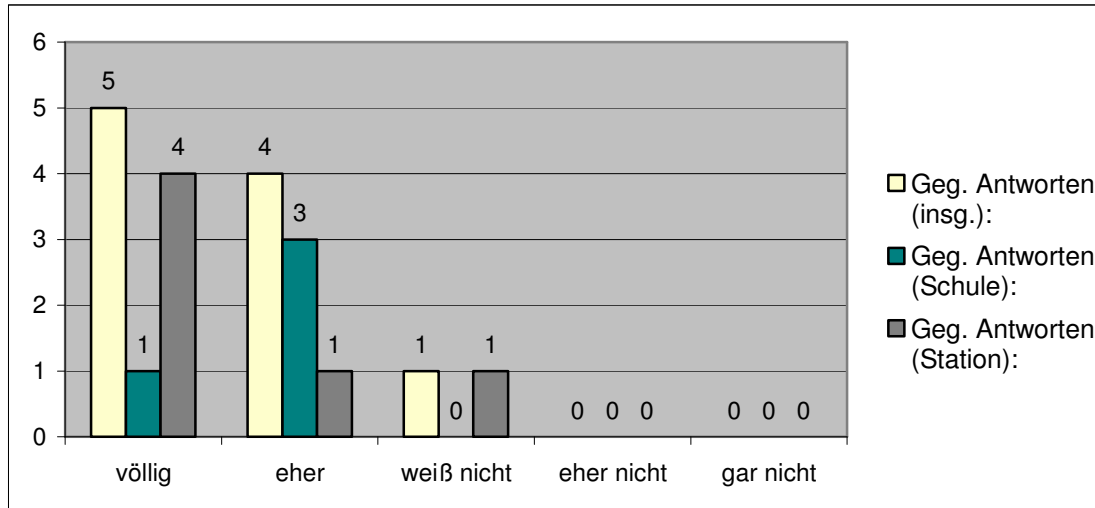


Abbildung 17: Einschätzung der Offenheit der jeweils anderen Seite (Gegenüberstellung)

Eine weitere Gegenüberstellung erfolgt bei der Aussage, dass die Beobachtungen der eigenen Disziplin von der jeweils anderen Disziplin, also den Fachbereichen der Station bzw. dem Fachbereich der Schule, beachtet und in ihre Arbeit mit einbezogen werden (Abbildung 18). Dies hielten 80% aller Befragten für „eher“ und 20% sogar für „völlig“ zutreffend, was wiederum auf eine hohe Wertschätzung der fachfremden Kompetenz hindeutet und im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung und Betreuung den Patienten der KJP zu gute kommen dürfte.

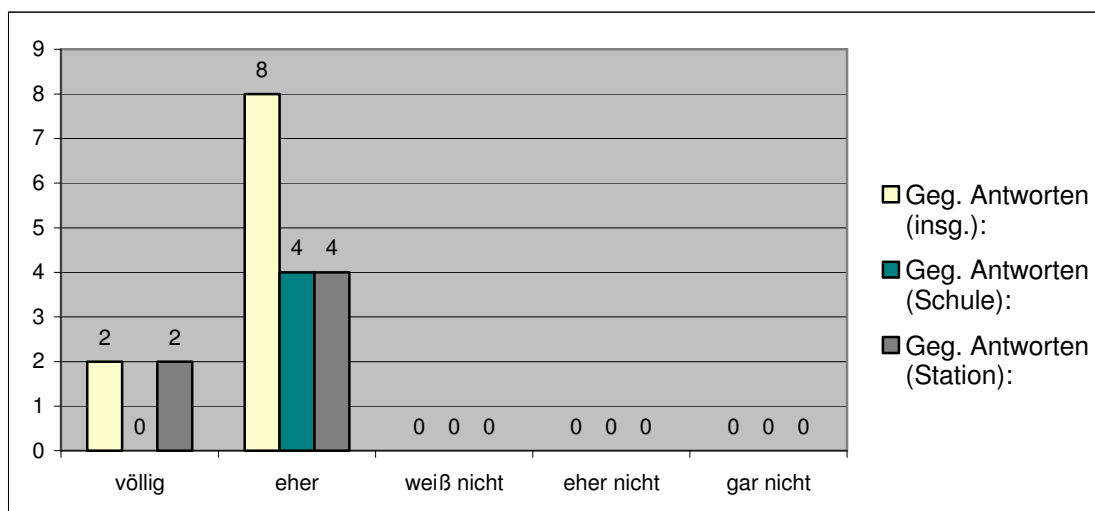


Abbildung 18: Einschätzung über den Einbezug der eigenen Beobachtungen in die Arbeit der anderen Fachbereiche (Gegenüberstellung)

Auffällig war jedoch auch hierbei, dass wiederum eine positivere Bewertung dieser Aussage von Seiten der Stationsmitarbeiter erfolgte, die im Gegensatz zu den Lehrkräften der Schule für Kranke mit der höchsten Zustimmung („völlig“: 20%) beurteilt wurde. Dies lässt sich aber möglicherweise auch dadurch erklären, dass die schulischen Belange innerhalb des therapeutischen Settings eine nachrangige Rolle spielen und somit ein denkbare Machtgefälle zwischen den schulischen Vertretern und den Stationsmitarbeiter erkennbar wird. Dabei muss jedoch auch immer wieder darauf hingewiesen werden, dass die Schule zwar eine enorme Bedeutung für die Stabilisierung der Patienten besitzt, aber natürlich nicht zum Dreh- und Angelpunkt der Therapie und der Betreuung der Jugendlichen auf Station gehört.

Zur Abgrenzung zwischen den einzelnen Bereichen der Station, der Therapie und der Schule (Abbildung 19) sprachen sich 40% aller befragten Personen für eine ganz klare Trennung aus. Der Großteil mit 60% der Stimmen wählte zur Beurteilung dieser Aussage jedoch die abgeschwächte Form „trifft eher zu“. Dabei wird jedoch deutlich, dass die Schule mit 50% eine völlig klare Abgrenzung zwischen den einzelnen Disziplinen eher wahrnimmt als die Mitarbeiter auf Station, die dies nur mit 33% bestätigen konnten.

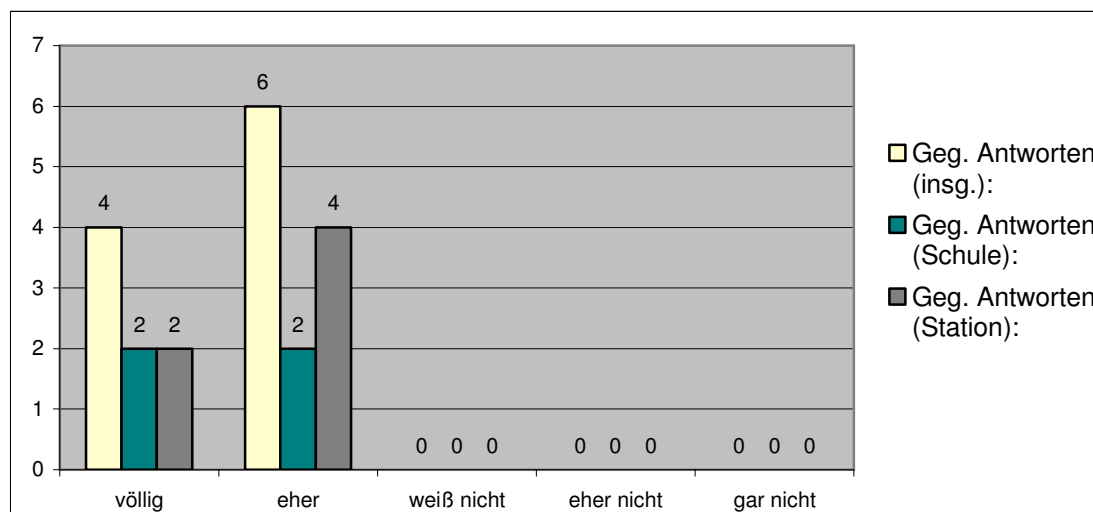


Abbildung 19: Abgrenzung zwischen Therapie, Arbeit auf Station und Schule (Gegenüberstellung)

Dies könnte beispielsweise auch darin liegen, dass die Grenzen zwischen der Therapie und der Betreuung auf Station schon allein durch das Bezugspersonensystem (siehe Kapitel 6.5) viel näher zusammen liegen, da diese auch auf viel engere Abstimmungen in der Arbeit mit den Jugendlichen angewiesen



sind. Dass die einzelnen Fachbereiche im alltäglichen Miteinander dabei nicht immer völlig voneinander zu trennen sind, ist sicher nachvollziehbar. Dennoch sollte zumindest eine klare Abgrenzung zwischen der Behandlung und Betreuung auf Station und dem Schulunterricht gegeben sein, damit diese Grenzen auch für die psychisch kranken Kinder und Jugendlichen sichtbar werden und die Bedeutung der Schule für die Patienten überhaupt zur Geltung kommen kann.

Auf die Frage, ob die befragten Personen neben den üblichen Teambesprechungen wie der Stationsübergabe oder der Supervision noch weitere Möglichkeiten des interdisziplinären Austausches sehen (Abbildung 20), beantworteten alle Befragten dies zu 60% mit „trifft zu“. Die restlichen 40% zeigten jedoch eine breite Streuung der Antworten. So entgegneten 20% mit „weiß nicht“ und weitere 20% mit „trifft nicht zu“. Hier kann wieder darauf hingewiesen werden, dass die einzelnen Professionen über die gängigen interdisziplinären Besprechungen hinaus keine weiteren Kontakte zu den anderen Fachbereichen pflegen. Eine weitere Begründung für dieses Ergebnis könnte aber auch darin liegen, dass die oft alltäglichen Kontakte wie ein flüchtiges Gespräch zwischen Tür und Angel auf Station oder der oft tägliche Telefonkontakt zwischen Station und Schule nicht als interdisziplinärer Austausch wahrgenommen werden, was bereits schon im Vorfeld der Auswertung angeführt wurde.

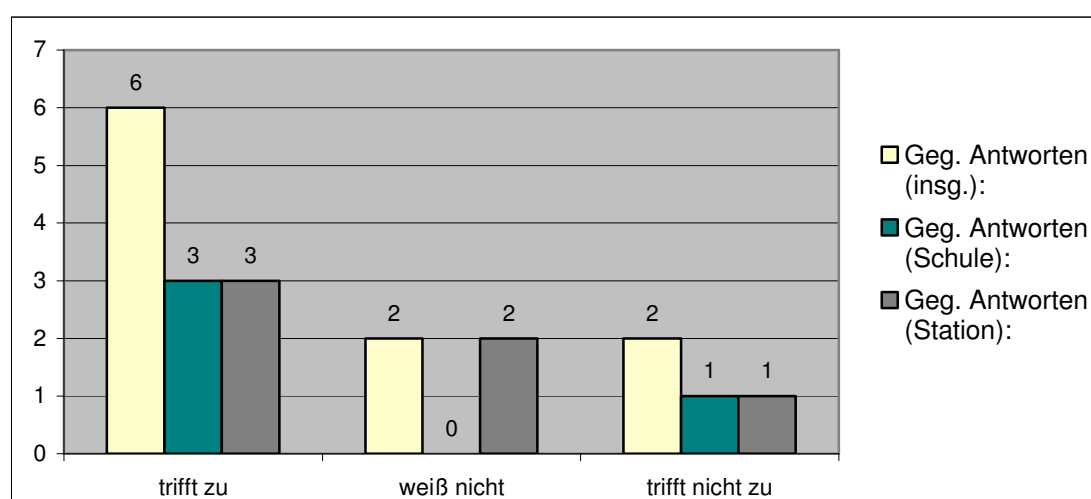


Abbildung 20: Gibt es neben den Teambesprechungen noch weitere Möglichkeiten des interdisziplinären Austausches? (Gegenüberstellung)

Dies könnte beispielsweise auch dafür sprechen, dass 75% der befragten Lehrer diesen Kontakt als durchaus erweitert sehen, während dies nur für 50% der Stationsmitarbeiter zutrifft, zu denen jedoch auch die behandelnden Therapeuten und Ärzte gehören, die natürlich im Gegensatz zum Pflege- und Erziehungsdienst der Station nicht so häufig mit den Lehrern in Kontakt treten, was allein durch die Betreuungssituation auf Station und die nötigen Abstimmungen und Nachfragen (z.B. wie das gestrige Elterngespräch verlaufen ist oder ob der Schüler schon von Station aus in die Schule geschickt wurde oder nicht) zwischen der Schule und der Station ersichtlich wird.

Abschließend lässt sich wiederum eine sehr positive Bilanz ziehen, was die Aussage zum Erleben der gemeinsamen Teambesprechungen betrifft. Hier zeigte sich, dass sich 70% aller Befragten als vollkommen gleichwertiges Mitglied innerhalb der interdisziplinären Besprechungen fühlen. Die restlichen 30% folgten dabei gleich in der darauf folgenden Bewertungseinheit und beantworteten diese Aussage mit „trifft eher zu“. Niemand sprach sich also diesbezüglich dafür aus, dass er sich innerhalb dieser Sitzungen ungleich behandelt fühle, was insgesamt für eine hohe Gleichberechtigung der einzelnen Disziplinen im Kooperationsgeflecht der KJP spricht. Auffallend ist dennoch, dass sich die Lehrer mit 75% hier eher als vollkommen gleichwertig erleben als die Mitarbeiter der Station (66%), obwohl diese inhaltlich klarer von den Betreuungs- und Behandlungsaufgaben der Station abgegrenzt sind als die verschiedenen Professionen in der Arbeit auf der Station. Die Gründe dafür könnten auch hier in der Multidisziplinarität des Stationsteams liegen.

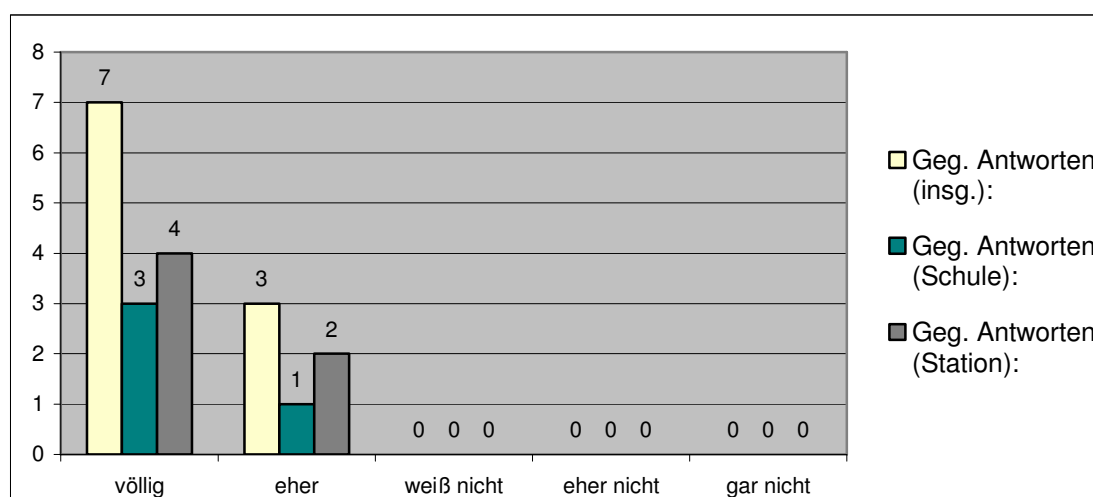


Abbildung 21: Erleben der Teamsitzungen (Gegenüberstellung)

### **11.3 Methode und Ergebnisse der qualitativen Befragung**

#### **11.3.1 Das Leitfadeninterview**

Als zweite Variante der Untersuchung wurde noch eine persönliche Befragung gewählt. Hierbei besteht nämlich im Gegensatz zum Fragebogen zusätzlich noch die Möglichkeit, offene Fragen anzuführen, gegebenenfalls nachzufragen oder spontan auf einzelne Antworten zu reagieren.

Als Befragungsform wählte ich das halbstandardisierte Leitfadeninterview, welches zu den qualitativen Befragungsformen zählt. Hierbei liegt dem Interviewer ein Interviewleitfaden mit bereits ausformulierten Fragen vor. Es ist jedoch dem Interviewer freigestellt, die Reihenfolge und die genaue Formulierung der Fragen innerhalb der Gesprächssituation festzulegen. Bock (1992, 94) beschreibt dies so:

„Beim halbstrukturierten-leitfadenorientierten Tiefeninterview wird der Kompromiß zwischen z.T. vorgegebenen Fragen und dem Erzählenlassen, d.h. dem flexiblen Eingehen auf nicht-antizipierte Äußerungen der Befragten gesucht, um sowohl Reichweite als auch Tiefe des Themas abzudecken und um vielfältiges und vergleichbares Material zu erhalten.“

Wie bereits erwähnt wurden für die Befragung ausschließlich die Fachbereiche ausgewählt, die unmittelbar mit der Behandlung, Förderung und Betreuung der Patienten der KJP beauftragt sind und daher auch als mögliche Kooperationspartner der Schule für Kranke gelten. Da alle befragten Personen sowohl an den Interviews als auch an der Fragebogenerhebung teilnahmen, entsprachen die Interviewpartner denen der quantitativen Erhebung. So wurden also auch hier vier Vertreter der Schule für Kranke (drei Lehrer und der Schulleiter) und sechs Vertreter der Jugendlichenstationen (zwei Erzieher, ein Ergotherapeut, zwei Psychologen und ein Arzt) befragt.

Die Gespräche wurden dabei auf Tonband aufgezeichnet, um eine vollständige Erfassung der ermittelnden Daten garantieren zu können. Alle Interviewpartner erlaubten mir, das Band während der Befragung zur interdisziplinären Kooperation mitlaufen zu lassen. Anschließend wurden die einzelnen Aufzeichnungen nach den von Lamnek (2005, 403) formulierten Transkriptionsregeln aufbereitet. Die Transkriptionen aller zehn Interviews befinden sich im Anhang.

Die Fragen des Interviewleitfadens waren offen gestellt und inhaltlich gegliedert. Der erste Teil des Leitfadens bezog sich dabei ganz allgemein auf mögliche Gründe für eine Kooperation. Diese Frage konnte dabei je nach Antwort auch auf die speziellen Gründe für eine interdisziplinäre Kooperation zwischen der Schule für Kranke und den Mitarbeitern der KJP präzisiert werden. Daran schloss sich dann eine Frage zur gegenseitigen Kooperation und den jeweiligen Umsetzungsformen in der Praxis der KJP in Tübingen an. In einem weiteren Teil wurde dann noch das Erleben der gemeinsamen Teamsitzungen erfragt. Dabei wurden auch Fragen zu möglichen Reibepunkten bzw. Schwierigkeiten in der interdisziplinären Kooperation gestellt, die einen gewichtigen Teil des Leitfadens ausmachten. Abschließend wurden die befragten Personen noch auf eine kleine Phantasiereise geschickt, um die möglichen Verbesserungsvorschläge der Zusammenarbeit vor Ort zu erfragen.

### **11.3.2 Ergebnisse der qualitativen Befragung**

Im Folgenden soll zur weiteren Eingrenzung der Arbeit eine spezifische Auswertung der qualitativen Befragung anhand der Interviews erfolgen. Einzelne Aussagen der qualitativen Interviews wurden dabei bereits zur Untermauerung des Theorieteils herangezogen, so dass im folgenden Teil der Beschreibung der Ergebnisse nur noch auf die genannten Schwierigkeiten und Verbesserungsvorschläge der interdisziplinären Kooperation zwischen der Schule für Kranke und der KJP in Tübingen eingegangen werden soll. Dabei werden diese Punkte explizit herausgenommen, weil diese meiner Meinung nach für die Zusammenarbeit an der Institution in Tübingen am bedeutendsten sind. Dabei soll jedoch nicht nur eine Auflistung und Interpretation der Kooperationsschwierigkeiten erfolgen, sondern auch auf das Gesamtbild der benannten Verbesserungsvorschläge aller befragten Personen eingegangen werden, um den Kooperationspartnern mögliche Entwicklungsvorschläge an die Hand zu geben, was zur qualitativen Weiterentwicklung der kooperativen Zusammenarbeit beitragen und dadurch auch letztendlich der Arbeit mit den jungen Patienten zugute kommen soll.

Die Auswertung der spezifischen Fragestellung bezüglich der Schwierigkeiten und der möglichen Verbesserungswünsche erfolgt in Form einer interpretativ-reduktiven Analyse nach Lamnek (2005, 405 ff). Hierbei wird versucht „aus der Fülle des

Materials bestimmte inhaltlich interessierende Aspekte herauszufiltern“ (Lamnek 2005, 406). Die Vorgehensweise sieht dabei so aus, dass die einzelnen Transkriptionen nach der jeweiligen Thematik, hier also den Schwierigkeiten und den Verbesserungsmöglichkeiten der interdisziplinären Zusammenarbeit, untersucht werden. Im zweiten Schritt schließt sich dann die Erstellung einer Themenmatrix an, in der eine Übersicht über alle in den Interviews angesprochenen Elemente der gewählten Themen erfolgt. Die genannten Aussagen zu den spezifischen Themen werden dann Oberbegriffen (hier z.B. Kooperationsschwierigkeiten inhaltlicher, struktureller und/oder organisatorischer Art) zugeordnet, die im Anschluss der Auswertung dann themenorientiert dargestellt werden sollen.

Anzumerken ist hierbei jedoch noch, dass erneut eine inhaltliche Trennung zwischen den jeweiligen Aussagen der Vertreter der Schule und der Vertreter der Jugendlichenstationen erfolgen soll, um die einzelnen Aussagen zu den Schwierigkeiten und Verbesserungsmöglichkeiten für den Leser besser veranschaulichen zu können.

#### 11.3.2.1 Schwierigkeiten der interdisziplinären Zusammenarbeit

##### Aus der Sicht der Schule

Die Schwierigkeitsanalyse der befragten Vertreter der Schule für Kranke wird soweit möglich in den Bereich der inhaltlichen und der strukturellen Schwierigkeiten der Zusammenarbeit mit den Jugendlichenstationen der KJP untergliedert. Manchmal bedingen sich aber auch die strukturellen und inhaltlichen Spannungsfelder, so dass nicht immer von einer klaren Trennung ausgegangen werden kann.

Zu den inhaltlichen Schwierigkeiten gehörte das Thema der *Unterrichtsversorgung*. Hier wurde der nicht seltene Vorwurf der Stationsmitarbeiter angesprochen, der sich mit der Frage beschäftigte, warum die Patienten nur so wenig Unterricht bekämen. Diese Aussage wurde innerhalb des Interviews von 75% der befragten Lehrer angesprochen und scheint daher von schulischer Seite immer wieder zu den Hauptproblemen in der Zusammenarbeit zu gehören. Dabei beklagten die Lehrkräfte vor allem, dass sie sich gegenüber den Mitarbeitern der Station ständig dafür

rechtfertigen müssten, warum mehr Unterricht am Vormittag einfach nicht möglich sei. Dabei spielt natürlich auch die Entlastungsfunktion der Station eine große Rolle, da diese vormittags keine allzu großen personellen Ressourcen aufweisen und sich die Patienten auch nach dem Konzept der Abteilung der PPKJ vormittags in der Schule befinden sollten, was jedoch in der Praxis nicht für alle zutrifft. Dadurch kommt es dann häufig zu einem inhaltlich aufgeladenen Disput zwischen den Mitarbeitern der Station und den Lehrern der Schule für Kranke, die sich dabei in ihrer Rolle als Lehrkraft angegriffen fühlen.

*„Es ist immer wieder schwierig klar zu machen, dass wir nicht beschulen, um Beschäftigungstherapie zu liefern. [...] Bei der Station ist es klar: die Patienten sind auf Station, die tun nichts, man muss die beschäftigen, warum kriegen die keine Schule. Wir beschulen aber eigentlich erst dann, wenn klar ist, warum beschule ich den, mit welchem Ziel beschule ich den und was bringt es dem Schüler.“*

*(Aussage einer Lehrkraft der Schule für Kranke in Tübingen)*

Die Lehrer bekräftigten hierbei, dass eine klare inhaltliche Zielsetzung zur Beschulung gegeben sein muss und dass sich Unterricht immer auch am Bildungsplan des jeweiligen Bildungsganges und den Lehrplaninhalten der jeweiligen Schulart und Klassenstufe orientiert, was durch die folgende Aussage verdeutlicht wird:

*„Ich unterrichte nicht irgendwie irgendwas, dann wäre ich Nachhilfelehrer. Also ich mache keine Nachhilfe, ich mache Unterricht und mein Unterricht hat auch Sinn, Inhalt und Zielsetzung.“*

*(Aussage einer Lehrkraft der Schule für Kranke in Tübingen)*

Neben der Rechtfertigung der eigenen Arbeit als Lehrer wurde jedoch auch die Orientierung am jeweiligen Schüler und dessen schulischen Bedürfnissen angesprochen. Einzelne Schüler müssen auf spezifische Prüfungen wie die ZK oder die Realschulabschlussprüfung vorbereitet werden. Andere wollen trotz ihres Krankenhausaufenthaltes ein Zeugnis, um die Versetzung nicht zu riskieren und wieder andere arbeiten auf den BVJ-Abschluss hin. Dabei wird es eben besonders in

der Arbeit mit Sekundarstufenschülern schwierig, die einzelnen Schüler bei einer solch heterogenen Gruppe adäquat auf diese Ziele vorzubereiten. Gezielter Unterricht wird dabei also allein von den individuellen Bedürfnissen und Zielsetzungen der Schüler notwendig, der einen sehr heterogenen Großgruppenunterricht häufig gar nicht erst ermöglicht. Dies muss aber immer wieder gegenüber den Mitarbeitern der Station vertreten werden, was natürlich nicht selten zu Kontroversen führt.

Anmerken lässt sich hierbei noch, dass es sicherlich verständlich ist, dass dies weder für die Schüler noch für alle Beteiligten in der Zusammenarbeit mit den psychisch kranken Kindern und Jugendlichen eine optimale Lösung darstellt und es daher auf beiden Seiten leicht zu Stigmatisierungen und Vorurteilen kommen kann. Weiß man dabei aber um den Hintergrund, der nach außen meist verborgen bleibt und der hier nicht unerwähnt bleiben soll, dann lässt sich diese Sicht der Dinge auch etwas objektiver angehen. In den Vorwürfen der mangelnden Unterrichtsversorgung der Patienten spiegeln sich nämlich eher strukturelle Probleme wider, die dabei zu inhaltlichen Auseinandersetzungen führen. So ist es beispielsweise Tatsache, dass sich die Aufnahmezahlen der Patienten an der KJP im Laufe der letzten Jahre drastisch erhöht haben, während im Gegenzug eine nötige konzeptuelle Änderung der Abteilung für die Versorgung der Patienten am Vormittag aber nicht stattfand. Die Schule für Kranke hat somit immer mehr Schüler unterrichtlich zu versorgen. Laut Schulgesetz (Verwaltungsvorschrift 1988, 866) stehen dabei jedem Schüler in Krankheit nur bis zu maximal zwölf Unterrichtsstunden die Woche zu, anhand derer auch die jeweils benötigte Stundenanzahl der Lehrer für die Schulen für Kranke berechnet werden. In der Praxis arbeiten die Lehrer aber meist mit einem Pensum von 15 bis 17 Stunden die Woche pro Schüler, um eben den genannten Zielsetzungen der Schüler und der Forderung nach mehr Unterricht in seiner normalitäts- und realitätsvermittelnden Funktion gerecht zu werden, was natürlich gerade in dem Vorwurf der mangelnden Unterrichtsversorgung der Schüler von Seiten der Station leicht für Sprengstoff sorgt und immer wieder solch inhaltliche Auseinandersetzungen hoch kochen lässt, die objektiv betrachtet jedoch in der Struktur der Klinik und der Berechnung der Lehrerstunden per Schulgesetz verankert sind.

Eine weitere inhaltliche Schwierigkeit der interdisziplinären Kooperation zwischen der Schule für Kranke und der Station der KJP zeigte sich darin, dass die erwünschte *Hospitalisation in der Schule* von Seiten der Stationsmitarbeiter nicht umgesetzt wird. So erwähnte eine Lehrkraft beispielsweise, dass es manchmal durchaus sinnvoll wäre, wenn sich ein Erzieher oder ein Therapeut dazu bereit erklären würde, mal einen Vormittag in der Schule zu hospitieren, was aber bedauerlicherweise nicht umgesetzt würde. Begründet wurde dies dadurch, dass eine klare Abgrenzung, zwischen dem was Schule und dem was Therapie bzw. die Betreuung auf Station ausmacht, nicht mehr vorhanden sei und bei den Schülern auch zu Verwirrung führen würde.

*„Da wissen die Kinder nicht, auf wen soll ich jetzt hören, ist die Bezugsperson von oben jetzt wichtiger oder ist die Lehrerin wichtiger. Ich glaube, das ist für manche der Grund, dass sie sagen, wir lassen das so getrennt, ihr erzählt uns einfach, was in der Schule ist. Und ich hätte es aber immer gern, dass die auch das Verhalten der Kinder in der Schule sehen, weil manche sind hier viel umgänglicher als oben. Und das kriegen die auf Station so nicht mit, das muss ich dann eben alles erzählen.“*

*(Aussage einer Lehrkraft der Schule für Kranke in Tübingen)*

Erst gegen Ende der Aussage wird dabei deutlich, dass das eigentliche Problem wohl in dem Erzählen von Beobachtungen und dem Erleben des Patienten in der Schule liegt. Dies lässt sich dabei einerseits so interpretieren, dass es sicher für den Lehrer auch ein Stück weit lästig ist immer wieder auf die ganz anderen Beobachtungen des Patienten im schulischen Kontext hinzuweisen. Andererseits könnte hier aber auch der Verdacht nahe liegen, dass diesen Erzählungen von den Mitarbeitern der Station nicht mit der gewünschten Wertschätzung oder Beachtung begegnet wird. Tiefergehend könnte diese Aussage daher auch so interpretiert werden, dass die Beschreibungen der Lehrkräfte im therapeutischen Setting eine geringere Rolle spielen und dadurch die Kompetenz der Lehrer der Schule für Kranke in den gemeinsamen Besprechungen ein Stück weit untergraben wird, was natürlich eine gewisse Kränkung mit sich bringt.

Zudem wurde noch auf eine eher allgemeingültige Schwierigkeit in der inhaltlichen Zusammenarbeit hingewiesen, die sich dabei im *fehlenden Einfühlungsvermögen in die Belastung der jeweils anderen Berufsgruppe* äußerte. Oft sei es einfach das



Problem, dass dafür auf beiden Seiten, also sowohl bei den Lehrern als auch bei den Mitarbeitern von Station, nicht genügend Verständnis vorhanden sei. So fehle den Lehrern beispielsweise oft die Einsicht, dass die Stationsmitarbeiter einer viel höheren emotionalen Belastung ausgesetzt sind, was allein durch den Anspruch des Bezugspersonensystems (siehe Kapitel 6.5) deutlich wird. Außerdem würde dabei auch auf Seiten der Schule leicht vergessen, dass die Patienten dort rund um die Uhr betreut werden und die Stationsmitarbeiter dabei einer viel größeren Verantwortung für den einzelnen Patienten unterliegen als die Lehrkräfte der Schule für Kranke.

*„Die Situation auf Station kann dabei unter Umständen viel stärker eskalieren als in der Schule. Wir in der Schule haben sicherlich den Vorteil, dass wir nach dem Unterricht auch sagen können, wir sind jetzt fertig und du gehst jetzt aber ab auf Station. Das mag schon zu Gedanken führen auf beiden Seiten: die haben es einfach oder die anderen haben es einfach.“*

*(Aussage des Schulleiters der Schule für Kranke in Tübingen)*

Daneben wurde aber auch das fehlende Verständnis von Seiten der Mitarbeiter auf Station angeführt, was sich hauptsächlich auf die Arbeitszeiten der Lehrer stützt. So komme eben nicht selten der Vorwurf von Station, dass die Lehrer ständig Ferien haben und nur vormittags arbeiten. Dabei wäre es gerade bei den Klinikschullehrern mehr als offensichtlich, dass diese auch noch außerhalb ihrer regulären Unterrichtszeiten am Nachmittag arbeiten, was allein durch die ganzen Übergabegespräche und die Supervisionen in der Zusammenarbeit mit der Klinik deutlich werden müsste. Diese werden zudem in dem stattfindenden Umfang auch gar nicht als Arbeitszeit berechnet, was natürlich wiederum oftmals zu oberflächlich verhärteten Fronten auf beiden Seiten führen kann.

Wie bereits angesprochen, gehört dabei zu den strukturellen Problemen der Zusammenarbeit zwischen den Stationsmitarbeitern und den Lehrern der Schule für Kranke die umstrittene *Arbeitszeit der Lehrkräfte*, die im Zusammenhang mit den Schwierigkeiten der Kooperation allein von der Hälfte aller befragten Lehrer angesprochen wurde. Das Problem liegt dabei darin, dass die Besprechungszeiten auf Station ganz klar zur Arbeitszeit der Beschäftigten der Klinik gehören, was auch in deren Konzept so festgelegt ist. Den Lehrkräften der Schule für Kranke wird

dagegen nur eine einzige Stunde pro Woche für allgemeine Kooperationsaufgaben in der Zusammenarbeit mit der Klinik gutgeschrieben, was den Anforderungen der Praxis jedoch keineswegs entspricht. Hier wird wöchentlich nämlich eher eine drei- bis vierstündige Arbeitszeit allein für den gegenseitigen Austausch benötigt. Die Lehrkräfte verleugnen natürlich nicht die enorme Bedeutung dieser Arbeit, die ganz klar zum Arbeits- und Aufgabenbereich des Klinikschullehrers gehört, und gehen zum Wohle einer ganzheitlichen Betreuung der Patienten trotzdem den nötigen Kooperationsaufgaben nach. Dennoch sorgt diese unbezahlte zusätzliche Arbeitszeit natürlich nicht selten zu Unmut und Unzufriedenheit auf der Seite der Lehrkräfte, was von den Stationsmitarbeitern leider oft vergessen wird und daher sicher auch des Öfteren zu unterschwelligen Auseinandersetzungen führen kann, was aber häufig nicht an der entsprechenden Stelle ausgesprochen wird.

Eine weitere strukturelle Schwierigkeit in der Zusammenarbeit mit der Station wurde von Seiten der Lehrkräfte in der *hierarchischen Strukturierung der Klinik* und deren Mitarbeiter gesehen, die sich vom Chefarzt der Klinik, der Pflegedienstleitung über die Ärzte und Psychologen bis hin zu den Erziehern und Pflegern auf Station durchgehend zieht. Das Problem liegt dabei darin, dass die Schule eine solche Hierarchie gar nicht kennt. Trotz der übergeordneten Position des Rektors und des Konrektors gestaltet sich die Institution Schule viel autonomer als die Institution Klinik und basiert daher mehr auf Eigenverantwortung und selbstständigem Handeln. Ein weiterer Unterschied ist hierbei, dass die Lehrer der Schule für Kranke in Tübingen, die als öffentliche Schule gilt, nicht der Klinik unterstellt und somit auch keine Angestellten der Klinik sind, die sich in diese Hierarchie einfügen haben. Problematisch wird diese stark divergierende Struktur der jeweiligen Einrichtung beispielsweise gerade dann, wenn in der interdisziplinären Zusammenarbeit Dinge geklärt werden müssen und man diese aufgrund der Unkenntnis der hierarchischen Struktur der Gegenseite an der falschen Stelle im klinischen Rahmen abspricht, was erst kürzlich zu einem Disput zwischen der Schule für Kranke und den Mitarbeitern von Station führte. So sollten wie üblich die wöchentlichen Stundenpläne der einzelnen Patienten am Wochenende per Mail an die Stationen zugeschickt werden. Als dieser am Sonntagabend jedoch noch nicht von den Mitarbeitern der Station eingesehen werden konnte, wurde eine Lehrkraft der Schule für Kranke vorwurfsvoll gefragt, wo eigentlich die Stundenpläne für die kommende Woche blieben. Dabei

hatte diese die Stundenpläne bereits längst zugeschickt, den Stationen wurde jedoch ohne deren Wissen von der Pflegedienstleitung der Internetzugang gesperrt, so dass es in der darauf folgenden Woche zu Auseinandersetzungen zwischen den Lehrern und den Mitarbeitern auf Station kam, die eigentlich an der falschen Stelle geführt wurden.

*„Und dann wird es eben da schwierig, wenn man dann als autonome Lehrperson da steht, um dann da die richtige Stelle zu finden, um herauszubekommen, wer ist denn da im klinischen Kontext zuständig, und wer hat wem was zu sagen.“*

*(Aussage einer Lehrkraft der Schule für Kranke in Tübingen)*

Die Schwierigkeit besteht also darin, dass man die hierarchische Struktur der anderen Seite kennen muss, um bestimmte Konflikte im Vorfeld vermeiden zu können, was für beide Seiten jedoch nicht immer leicht ist.

Als letztes strukturelles Problem in der gemeinsamen Zusammenarbeit zwischen Schule und Station wurde von Seiten der Lehrer der *stationsinterne Informationsfluss* betont. Hierbei wurden ganz allgemeine Abspracheprobleme bemängelt, wodurch eine zuverlässige Weitergabe notwendiger Informationen von Schule auf Station nicht immer gewährleistet ist.

*„Das heißt oftmals ist es so, du sagst etwas und bittest darum etwas mitzuteilen und am nächsten Tag stellst du fest, es hat nicht geklappt, weil es nicht weitergegeben wurde und weil der jetzt z.B. im Urlaub ist, der hat das dem nicht mehr sagen können usw. Und dann entstehen eben diese ganzen Abspracheprobleme.“*

*(Aussage einer Lehrkraft der Schule für Kranke in Tübingen)*

Die Ursachen dieser Abspracheprobleme liegen dabei in der Struktur der Stationen, auf der viele verschiedene Personen arbeiten und allein drei verschiedene Bezugspersonen mit jeweils unterschiedlichen Dienstplänen für den jeweiligen Schüler zuständig sind. Neben dem Schichtdienst und der Vielzahl an Mitarbeitern wird dies zudem noch durch die enorme personelle Fluktuation auf Station erschwert, was die Ausbildungsfunktion der Abteilung der PPKJ in Tübingen verstärkt wird und

dadurch auch eine oftmals unüberschaubare Vielzahl wechselnder Praktikanten zur Folge hat.

Somit hat die Schule die langwierige Aufgabe diese Informationen immer wieder auf Station einzubringen mit der Hoffnung, dass diese irgendwann auch an der richtigen Stelle anzukommen. Dies kann natürlich einerseits als lästig empfunden werden und bei einem fehlenden Verständnis für die Struktur der Station leicht Konflikte auslösen. Wenn diese Abspracheprobleme jedoch als mangelnde Wertschätzung der Schule verstanden werden, kann dies andererseits unbewusst auch leicht zu einem inhaltlichen Problem umschwenken, was sicher nicht immer in jeder Situation vom eigentlichen strukturellen Kontext abgegrenzt werden kann.

### Aus der Sicht der Station

Auch hier soll die Schwierigkeitsanalyse in zwei Bereiche unterteilt werden, wobei zuerst die inhaltlichen und im Anschluss daran die eher organisatorischen Hintergründe dieser Reibepunkte beleuchtet werden sollen. Dabei ist auch wieder nicht immer eine klare Trennung zwischen inhaltlichen bzw. organisatorischen Schwierigkeiten möglich, so dass sich diese auch hier beim einen oder anderen Problem gegenseitig bedingen.

An erster Stelle wurde aus der Sicht der Stationsmitarbeiter als mögliche Schwierigkeit in der Zusammenarbeit mit der Schule für Kranke auch hier die *mangelnde Unterrichtsversorgung* der Patienten benannt, was ein Drittel der befragten Mitarbeiter anführte.

*„Ja, das gibt es immer mal wieder, dass man denkt, die Schüler sind unterversorgt. Das ist ja irgendwo ein ganz plattes Problem. Wir wollen ja eigentlich schon, dass die Patienten vormittags versorgt und beschäftigt sind, dass sie nicht herum- oder durchhängen, sondern dass sie gefordert werden, wenn man es jetzt so will.“*

*(Aussage eines Psychologen der Abteilung der PPKJ in Tübingen)*

Hierbei lässt sich wie bereits in der Auswertung der Aussagen der Klinikschullehrer der Wunsch der Stationsmitarbeiter nach einer Beschäftigung für die Patienten am Vormittag bestätigen, die die Schule abdecken soll. Da die Stationen der KJP ihren Schwerpunkt in der Betreuung bzw. der Behandlung am Nachmittag sehen, was

auch konzeptuell und damit auch durch eine geringere Anzahl an personellen Ressourcen am Vormittag festgelegt ist, ist es verständlich, dass sich die Mitarbeiter auf der Station darüber beklagen, wenn einzelne Patienten nur ein bis zwei Stunden Unterricht am Tag haben. Durch die daraus folgende Mehrbelastung und durch das Fehlen einer konzeptuellen Grundlage für die Arbeit auf Station am Vormittag kann es leicht passieren, dass ein eigentlich strukturelles bzw. konzeptuelles Problem zu einem inhaltlichen Problem umfunktioniert wird. Auch wenn die Stationsmitarbeiter die mangelnde Unterrichtsversorgung in berechtigter Weise durch einen zusätzlichen Realitätsverlust damit begründen, dass die Schule draußen ja auch nicht nur eine Stunde am Tag beinhaltet, sollten die grundlegenden strukturellen Gegebenheiten auf beiden Seiten als Wurzel der Auseinandersetzung um die Unterrichtsversorgung nicht in den Hintergrund gedrängt werden. So ist es eben oft auch notwendig, als Schule immer wieder ihren Standpunkt zu vertreten, dass der Unterricht der Patienten nicht als bloße Beschäftigungstherapie gesehen werden darf, sondern eine inhaltliche Zielsetzung sowohl auf Seiten der Lehrkräfte als auch auf Seiten der Schüler besitzt. So muss die Schule dabei aber auch immer wieder darauf hinweisen, dass dies ein grundsätzlich strukturelles Problem auf beiden Seiten darstellt: für die Station durch die fehlende Konzeptualisierung des Vormittags und für die Schule durch die stark erhöhten Aufnahmezahlen der letzten Jahre und durch die Berechnung der Lehrerstunden anhand der maximalen Zuerkennung von zwölf Wochenstunden pro Schüler, was zusätzlich noch durch den bereits angesprochenen schleppenden Informationsfluss innerhalb der Station und durch die Verschleierung des eigentlich strukturellen Gegenstandes erschwert werden dürfte, aber gerade deshalb nicht aus den Augen verloren werden darf.

Als weitere Schwierigkeit in der Zusammenarbeit mit den Lehrkräften der Schule für Kranke wurde außerdem eine *fehlende Flexibilität bzw. Kreativität in der Beschulung „schwieriger“ Patienten* geäußert.

*„Da erleben wir oft, dass die Schule eher sagt, das geht nicht, den schicken wir wieder zurück und wir hätten eher gerne, dass man drauf schaut, wie kann es denn gehen und was könnte man anders machen und was könnte man mal ausprobieren [...] und da gibt es manchmal eben Spannungen.“*

*(Aussage eines Erziehers der Abteilung der PPKJ in Tübingen)*

Im Zusammenhang mit dem Vorwurf der mangelnden Unterrichtsversorgung wurde hierbei auch der Wunsch nach flexibleren Lösungen der schulischen Maßnahmen im Umgang mit schwierigen Schülern deutlich, wobei auf offenere Lösungen in der Vorzeit hingewiesen wurde. Einzelunterricht und eine Reduzierung des Unterrichts auf 30 Minuten waren dabei in Einzelfällen früher möglich, die jetzt aber von schulischer Seite kaum mehr angeboten würden. Dabei wird auch hier erneut der Schulunterricht mit einer Beschäftigungssituation der Jugendlichen verglichen, was die folgende Aussage im Kontext der fehlenden Flexibilität der Lehrer unterstreicht:

*„Für mich ist es eher schwierig, wenn dann Jugendliche auf der Station sitzen und sich zu Tode langweilen. Da kann ich besser damit umgehen, wenn die Schule sie dann noch motiviert.“*

*(Aussage eines Erziehers der Abteilung der PPKJ in Tübingen)*

An dieser Stelle zeigt sich erneut, dass es sich hierbei wiederum um das bereits benannte strukturelle Problem auf beiden Seiten handelt, was dabei noch um den Zusatz der besonders schwierigen Patienten erweitert wird. Die Mehrbelastung auf beiden Seiten und die daraus entstehenden Vorurteile passen also erneut in den konzeptuellen Mangel der Stationsversorgung am Vormittag und der rigiden Berechnung der Unterrichtsstunden über die schulgesetzlich festgeschriebenen Rahmenbedingungen einer Schule für Kranke. Dass hier also ein vermehrter Einsatz von Einzelunterricht bei besonders schwierigen Patienten nicht mehr möglich ist, wird meiner Meinung nach noch durch die Tatsache erschwert, dass sich die Aufnahmezahlen der Klinik in den letzten Jahren drastisch erhöht haben. Fehlt diese Wahrnehmung jedoch auf Seiten der Station, die statistisch leicht nachweisbar ist, lassen sich solche Urteile im Vergleich zur früheren Praxis der Schule für Kranke natürlich leichter formulieren. Dabei ist es auch hier wichtig, immer wieder auf diese Gegebenheiten hinzuweisen, wenn nötig auch an höherer Stelle, um einerseits diese Unklarheiten und die daraus erwachsenden Konflikte zwischen der Station und der Schule für Kranke möglichst gering zu halten und um andererseits auch mögliche Lösungen des Konfliktes für beide Seiten zu finden, die dabei dem Wohl der Patienten zu Gute kommen.

Des Weiteren wurde von Seiten der Mitarbeiter auf Station noch geäußert, dass man in der interdisziplinären Zusammenarbeit manchmal auch ein Stück weit auf *Desinteresse an der anderen Disziplin* stößt, was sich hauptsächlich in den gemeinsamen Teambesprechungen bemerkbar macht und sich folgendermaßen fest machen lässt:

*„Ich würde mal sagen, dass eben ganz oft wenig nachgefragt wird. Und wenn ich dann mal irgendwas zu einem Kind erkläre oder einen Zusammenhang zwischen seiner Motorik und dessen Auswirkung dann auf seine Emotionen oder auf sein Schriftbild herstelle, dann kommen eben oft sehr wenig Nachfragen. Das wird dann halt gehört und dann wird aber meist wieder über die anderen Dinge wie den Alltag weiter gesprochen. Und daran merke ich dann meist, das kann nicht sein, dass die Leute das alles dann völlig verstehen.“*

*(Aussage eines Ergotherapeuten der Abteilung der PPKJ in Tübingen)*

Das geringe Interesse der anderen Disziplin wurde dabei von Seiten der Ergotherapie angesprochen, was auf eine mangelnde Wahrnehmung bis hin zu einer möglichen Kompetenzuntergrabung des Fachbereiches schließen lässt. Eine denkbare Erklärung könnte hierfür aber auch im typischen Machtgefälle unter den Therapeuten liegen, wobei eine klare hierarchische Abstufung vom Arzt über den Psychologen bis hin zum Ergotherapeuten sichtbar ist und somit der Ergotherapie generell eine nachrangige Rolle im therapeutischen Setting zukommt.

Die Kritik von Seiten der Ergotherapie bezog sich im weiteren Gespräch jedoch auch auf die Zusammenarbeit mit der Schule für Kranke. Auch hier wurde der Wunsch geäußert, dass die Schule mehr Interesse für die ergotherapeutische Arbeit zeigen sollte, da die Bedeutsamkeit und die möglichen Hilfestellungen der Ergotherapie für den Lernprozess oft unberücksichtigt blieben oder gar nicht erst angefragt würden. Somit wurde hier also eine größere Offenheit der Nachbardisziplinen gefordert, um eine ganzheitlichere Betrachtung und Förderung der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen zu ermöglichen.

Im Verlaufe der Interviews wurde jedoch auch noch auf eher geringfügigere organisatorische Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit der Schule für Kranke eingegangen. Diese bezogen sich dabei auf die *Terminabsprachen zwischen der*

*Station und der Schule*, was von einem Drittel der befragten Stationsmitarbeiter angeführt wurde und sowohl von Seiten des betreuenden Pflege- und Erziehungsdienstes als auch von Seiten der behandelnden Therapeuten zu hören war. Die Schwierigkeit der Terminabsprache wurde dabei von einem Mitarbeiter des Erziehungs- und Pflegedienstes aber auch gleichzeitig wieder entkräftigt und wie folgt beschrieben:

*„Was manchmal vielleicht schwierig ist, ist ein bisschen diese Terminabsprache, wenn wir morgens zum Beispiel Termine mit den Jugendlichen machen wollen, [...] wenn wir hier feste Zeiten wie gemeinsames Mittagessen haben, z.B. wenn die Jugendlichen erst um halb eins kommen und wir hier aber um zwölf essen. Auf der anderen Seite ist das einfach auch ein Stück weit Realität, dass die Schüler ja nicht alle zusammen aus der Schule kommen, sondern zu unterschiedlichen Zeiten. Das ist nicht unbedingt ein Reibungspunkt, es ist eine Schwierigkeit, mit der man aber auch umgehen kann.“*

*(Aussage eines Erziehers der Abteilung der PPKJ in Tübingen)*

Daneben sah auch ein Therapeut die Terminkoordination mit der Schule für Kranke als organisatorische Schwierigkeit der Zusammenarbeit an, wenn es darum geht, dass die Schulstunden am Vormittag mit den Einzelterminen der Therapeuten oder mit geplanten Elterngesprächen kollidieren. Daher wurde eine flexiblere Anpassung der Schule an die zusätzlichen Termine auf Station gefordert.

Im Zusammenhang mit dem äußerlich rein organisatorischen Problem darf jedoch auch nicht vergessen werden, dass hier ebenfalls leicht die Gefahr einer Ausweitung hin zu einem inhaltlichen Konflikt zwischen Therapie und Schule bestehen kann.

*„Primär sind die Jugendlichen natürlich zur Behandlung hier, mit dem sehr, sehr wichtigen Teil Schule. Aber wenn die Behandlung davon zu stark tangiert wird, dann könnte es Probleme geben, aber bisher ist das so im kooperativen Rahmen, dass wir uns eher ergänzen als sehr divergent auseinander gehen.“*

*(Aussage eines Psychologen der Abteilung der PPKJ in Tübingen)*



Auch wenn diese Gefahr in der folgenden Aussage ebenfalls nicht ersichtlich wurde, kann eine problematische Terminkoordination dennoch schnell zu einem inhaltlichen Disput führen, und zwar auch dann, wenn beiden Seiten klar ist, dass die Schule zwar eine hohe Bedeutung für die psychisch kranken Kinder und Jugendlichen trägt, im klinischen Rahmen aber natürlich trotzdem eine nachrangige Rolle einnimmt.

#### 11.3.2.2 Mögliche Verbesserungen der interdisziplinären Zusammenarbeit

##### Aus der Sicht der Schule

Von Seiten der Schule kam als ein Verbesserungsvorschlag auf, dass es *mehr gemeinsame Besprechungszeiten* geben sollte. Diese gemeinsamen Besprechungen sollten dabei über die bisherigen Gespräche auf Station mit den diensthabenden Mitarbeitern hinausreichen und unter Beteiligung des Stationsarztes, des Oberarztes und des Chefarztes sowie des Schulleiters regelmäßig abgehalten werden. Wichtig war es der Lehrkraft dabei, dass hierbei dann auch konzeptuelle Inhalte des jeweiligen Arbeitsbereiches thematisiert werden, um eine regelmäßige konzeptuelle Weiterentwicklung auf beiden Seiten anstoßen zu können.

Ein *vermehrtes Aufgreifen inhaltlicher Angelegenheiten der Zusammenarbeit* wurde in diesem Kontext auch bei den monatlichen Treffen der Lehrer der Schule für Kranke im psychiatrischen Bereich mit dem Chefarzt der Abteilung der PPKJ gefordert, was beispielsweise im Zusammenhang mit den geschilderten Schwierigkeiten der interdisziplinären Kooperation und den damit verbundenen konzeptuellen Rahmenbedingungen am Beispiel der Unterrichtsversorgung umgesetzt werden könnte. Bisher standen dabei nur organisatorische und finanzielle Abgleichungen im Vordergrund der monatlichen Chefarzttreffen und dienten somit lediglich der Kontaktpflege und Annäherung zwischen der Schule für Kranke und der Klinikleitung, was ebenfalls von Seiten einer Lehrkraft bemängelt wurde.

Ein weiterer Verbesserungsvorschlag wurde darin geäußert, dass diese gemeinsamen Besprechungszeiten mit der Station (Übergabegespräche, Supervisionen,...) als *Arbeitszeit des Klinikschullehrers* angerechnet werden sollte. Bestritten wird dabei keinesfalls, welche enorme Bedeutung diesen Gesprächen in der

schulischen Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zukommt. Dennoch kommt der nachvollziehbare Wunsch auf diese Zeiten auch als solche zu entlohnen. Zusammenfassend lassen sich diese Verbesserungswünsche wie folgt beschreiben:

*„Vielleicht mehr Öffnung von offizieller Seite, mehr ganz konkrete gemeinsame Besprechungszeiten und nicht nur von der Stationsleitung und dem, der gerade Dienst hat, sondern vom Stationsarzt, Oberarzt, Chefarzt und Schulleiter, dass man sich da konzeptuell immer wieder trifft und dass da nicht alles so vor sich hinplätschert. Dass z.B. auch ganz klar die Anforderung von der Klinik an die Schule kommt, Übergabezeiten als Arbeitszeiten des Lehrers zu betrachten, wie dies auch auf Station der Fall ist, und nichts zusätzliches. Weil das zum Arbeitsbereich des Kliniklehrers gehört. Aber so etwas ist bis jetzt noch gar nicht zur Diskussion gestanden.“*

*(Aussage einer Lehrkraft der Schule für Kranke in Tübingen)*

Daneben wurde auch hier von Seiten der Schule der bereits zuvor erwähnte Punkt der gewünschten *Hospitation von einzelnen Mitarbeitern der Station in der Schule* angesprochen, um auch den Erziehern und Pflégern sowie den Therapeuten auf Station ein besseres Gesamtbild vom jeweiligen Patienten vermitteln zu können. Viele der Patienten würden nämlich von den Lehrern im Schulunterricht oft ganz anders erlebt, meist umgänglicher als sie von Station beschrieben wurden. Damit dies auch den Erziehern und Therapeuten bewusst werden könnte, wäre eine solche Hospitation in manchen Fällen für einen ganzheitlicheren Betreuungs- und Behandlungsansatz sicher sinnvoll, auch wenn sich darin wie bereits erwähnt leicht die Gefahr einer klaren Grenzziehung zwischen schulischer und therapeutischer Arbeit ergeben könnte. Findet diese doch wie hier angekündigt nur in begründeten Einzelfällen statt, entspricht dies wohl eher einer Orientierung am Wohl des Kindes bzw. Jugendlichen als einer unklaren Rollenverteilung im therapeutischen Setting.

#### Aus der Sicht der Station

Ein Mitarbeiter der Station forderte im Zusammenhang möglicher Verbesserungsvorschläge für die gemeinsame Zusammenarbeit noch *mehr Austauschmöglichkeiten zwischen den verschiedenen Disziplinen*, wobei in diesem

Zuge auch hier der Wunsch nach gegenseitigem Einblick in die Arbeit der anderen Fachbereiche anhand von Hospitationen geäußert wurde.

Dieser Wunsch wurde dabei auch explizit an die Schule gerichtet, wobei gleichzeitig auch ein grundsätzliches Problem solcher Austauschmöglichkeiten angesprochen wurde:

*„...Hm, ich würde sagen, wichtig wäre mir, die Mitarbeiter mehr zu informieren. Und wenn es natürlich möglich ist, noch mehr Austauschmöglichkeiten zwischen den Disziplinen zu schaffen, wie zum Beispiel mehr Einblick in die Schule. Also ich merke hier sehr häufig, dass ich gerne mal in die Schule gehen und mal das Kind beobachten würde, wie es sich denn da verhält, auch in der Gruppe und in dieser Situation und ich merke hier einfach, dass es nicht genug Zeit gibt. Das finde ich schade.“*

*(Aussage eines Ergotherapeuten der Abteilung der PPKJ in Tübingen)*

Im Zuge dieser Äußerungen wurde dabei auch noch der Wunsch nach regelmäßigen internen Fortbildungen im Hause laut. Angemerkt wurde dabei zwar, dass es für neue Mitarbeiter und für Praktikanten eine Anfangsfortbildung gibt, die aber nicht für alle Mitarbeiter der Einrichtung offen sei. Somit könnte es sich einer der Mitarbeiter von Station gut vorstellen, wenn sich die einzelnen Bereiche in regelmäßigen Abständen vorstellen würden, was dann auch für alle Mitarbeiter des Hauses offen stehen sollte.

*„Laufende Fortbildungen, oder dass an einem oder an zwei Tagen im Jahr die einzelnen Bereiche ihren Bereich vorstellen für das ganze Haus, und dass man dadurch dann mehr Einblick oder Verständnis gewinnen könnte, das gibt es eigentlich nicht. Das fände ich sehr wünschenswert, gerade auch weil ich oft denke, es gibt ziemlich viele Leute, die in ihrer Arbeit einfach gut sind und viele Erfahrungen gesammelt haben, was dann aber leider gar nicht weitergegeben wird.“*

*(Aussage eines Ergotherapeuten der Abteilung der PPKJ in Tübingen)*

Von Seiten der Station wurde außerdem der Wunsch nach produktiveren Übergabegesprächen angesprochen, wenn die Lehrer der Schule für Kranke einmal die Woche zu diesen auf Station dazukommen. Bisher gestaltete sich das Prozedere

dieser Übergabegespräche häufig so, dass alle Patienten der Station von vorne bis hinten durchgesprochen werden, so dass bei den letzten Patienten häufig keine Zeit mehr für Bemerkungen oder Nachfragen von schulischer Seite bleiben, was natürlich manchmal für beide Seiten als sehr unproduktiv erlebt wird und aus Sicht des Stationsmitarbeiters v.a. für die Lehrer unbefriedigend sein müsste.

*„Wenn man konkret schulische Sachen besprechen will, ist oft nicht soviel Zeit da. Das könnte man da vielleicht besser strukturieren, denke ich jetzt so ganz spontan. Dass man einfach sagt: man bearbeitet zunächst einmal das Schulische und macht dann eine Übergabe, bei der die Lehrer sitzen bleiben können und sich bezüglich der Therapie auf den neuesten Stand bringen lassen können.“*

*(Aussage eines Psychologen der Abteilung der PPKJ in Tübingen)*

Vorteile in einer produktiveren Gestaltung dieser Übergabegespräche wurden dabei für beide Seiten angesprochen. Die Lehrer könnten sich dadurch ihre nötigen Informationen und Hilfestellungen für die weitere unterrichtliche Arbeit und den Umgang mit dem Patienten holen. Die Station, insbesondere die Therapeuten, hätten dagegen die Möglichkeit, die notwendigen Informationen der Schule in ihre weitere therapeutische Arbeit mit einzubeziehen und hätten v.a. auch noch die Möglichkeit ihre gesamte Arbeitszeit produktiver zu gestalten. Durch die bisher eher unproduktiven Übergabegespräche werden nämlich häufig noch zusätzliche Nachbesprechungen mit einzelnen Lehrkräften der Schule für Kranke (z.B. telefonische Absprachen oder Nachfragen) erforderlich, die somit reduziert werden könnten.

*„Wenn man diese Stunde, in der alle dabei sind, produktiver gestaltet, dass keine weiteren Nebengespräche notwendig werden, was ja auch immer eine gewisse Zeitfrage ist, wäre das sicher günstig.“*

*(Aussage eines Psychologen der Abteilung der PPKJ in Tübingen)*

Anzumerken ist hierbei jedoch noch: solange dabei eine generelle Offenheit der behandelnden Seite weiterhin gewährleistet bleibt, würde einer solchen Effizienzsteigerung der gemeinsamen Übergabegespräche nichts im Wege stehen. Wenn diese jedoch dazu benutzt wird, um weitere interdisziplinäre

Austauschmöglichkeiten zu reduzieren, könnte dies als äußerst kritisch für die weitere Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern der Station und den Lehrkräften der Schule für Kranke betrachtet werden.

Zudem wurde im Zusammenhang mit den möglichen Verbesserungsvorschlägen zur interdisziplinären Kooperation auch der *Wunsch nach mehr Transparenz zwischen der Schule und der Station* benannt.

*„Ich denke es ist immer wichtig eine Transparenz zwischen den beiden Bereichen zu haben, dass wir wissen: wieso ist da gerade nur so wenig Unterricht möglich oder was denkt sich die Schule dabei, dass da ein Patient keinen oder nur so wenig Unterricht hat. Das könnten wir vielleicht hier und da verbessern.“*

*(Aussage eines Psychologen der Abteilung der PPKJ in Tübingen)*

Diese Forderung nach mehr Transparenz zwischen beiden Bereichen könnte dabei gerade für das Thema der Unterrichtsversorgung von Vorteil sein, um in einem gemeinsamen Gespräch unter Beteiligung der leitenden Positionen, also insbesondere der Stationsärzte, des Ober- sowie des Chefarztes und des Schulleiters, die jeweiligen Standpunkte und die darunter verborgenen grundlegenden Schwierigkeiten beider Seiten für alle zu beleuchten. Dies könnte dabei auch mehr Verständnis für die Interessen der jeweils anderen Seiten zur Folge haben und bei regelmäßigen Abstimmungen zur inhaltlichen Zusammenarbeit gleichzeitig auch zur konzeptuellen Weiterentwicklung auf beiden Seiten führen.

Um dies jedoch angemessen umsetzen zu können, werden konkrete *Besprechungszeiträume* in regelmäßigen Abständen zum *Thema der Zusammenarbeit zwischen der Schule für Kranke und der Klinik* nötig, die in einem weiteren Schritt ebenfalls von einem der Stationsmitarbeiter angesprochen wurden.

*„Prinzipiell gibt es relativ wenige Besprechungen, wie die Zusammenarbeit sein könnte und was wir da zusammen besser machen könnten. Es wäre sicherlich nicht schlecht und wünschenswert, wenn man da gelegentlich mal so zweimal im Schuljahr die Zusammenarbeit mit der Schule abklärt.“*

*(Aussage eines Erziehers der Abteilung der PPKJ in Tübingen)*

---

Dies unterstützt somit den mehrmals geäußerten Wunsch auf Seiten der Stationsmitarbeiter aber auch auf Seiten der Lehrkräfte der Schule für Kranke nach mehr Austausch über die inhaltlichen Grundlagen der Zusammenarbeit. Gleichzeitig trägt dies auch dazu bei, in einem ersten Schritt die Standpunkte und Interessen des eigenen Fachbereichs in regelmäßigen Abständen zu vergegenwärtigen und in einem weiteren Schritt diese gemeinsam zu besprechen, Möglichkeiten des Aufeinanderzugehens in den Blick zu ziehen sowie die jeweiligen Standpunkte kritisch zu hinterfragen bzw. zu reflektieren. Mehr Offenheit und Einsicht in die andere Disziplin sowie eine bessere Abstimmung in der gemeinsamen Arbeit mit den psychisch kranken Kindern und Jugendlichen könnte dadurch erreicht werden, die auch der Forderung nach einem vermehrten Qualitätsmanagement im sozialen Sektor nachkommen würde.

### **11.4 Resümee**

Als abschließendes Fazit lässt sich hier festhalten, dass sich für die Zusammenarbeit zwischen der Schule für Kranke und der Abteilung der PPKJ in Tübingen eine insgesamt sehr positive Bilanz ziehen lässt.

Innerhalb der quantitativen Untersuchung stellte sich heraus, dass diese schließlich von beiden Seiten zwischen „sehr gut“ und „gut“ bewertet wurde und eine recht große Offenheit aller Disziplinen für einen interdisziplinären Austausch besteht, die anhand der Fragebogenauswertung in der direkten Zusammenarbeit zwischen der Schule für Kranke und den Jugendlichenstationen der Abteilung der PPKJ in Tübingen sogar noch stärker ausgeprägt zu sein scheint als im allgemeinen interdisziplinären Vergleich der Klinik. Auch innerhalb der Fülle an praktischen Umsetzungen der gemeinsamen Kooperation durch die Beteiligung der Lehrkräfte an den Übergabegesprächen, den Supervisionen sowie durch viele weitere Kontaktformen (regelmäßige Chefarzttreffen, telefonische Absprachen usw.) wird von allen Beteiligten das partnerschaftliche bzw. gleichberechtigte Erleben betont, welches von den Lehrkräften der Schule für Kranke erstaunlicherweise noch eindrücklicher hervorgehoben wird als von den Mitarbeitern der beiden Jugendlichenstationen. Auch wenn die Beobachtungen der Schule vielleicht nicht als völlige Grundlage jeglicher therapeutischer Arbeit ausgelegt werden, darf hierbei nicht vergessen werden, dass die Schule eine nachrangige Rolle im therapeutischen Setting einnimmt und daher auch nicht als Dreh- und Angelpunkt jeglicher therapeutischer Intervention gesehen werden sollte. Trotz der dadurch theoretischen Bestätigung einer leichten Abwertung der Pädagogik in der interdisziplinären Zusammenarbeit (Zimmermann 2005, 113) lässt sich hier wiederum die hohe Gleichberechtigung im Teamerleben anführen, die diese Bestätigung gleichzeitig auch wieder etwas entkräftet. Durch die scheinbar nachrangige Rolle der Schule in der therapeutischen Arbeit lässt sich daraus aber nicht ableiten, dass die Schule keinerlei Bedeutung für die therapeutische Arbeit auf Station hat. Bereits im Theorieteil wurde dabei auf die stabilisierende Funktion der Schule und auf das Streben nach einer ganzheitlichen Betrachtung eingegangen, was durch den Leiter der Abteilung der PPKJ in Tübingen, Herrn Prof. Dr. Klosinski, deutlich unterstrichen wurde (siehe Kapitel 7). Somit wird die enorme Bedeutung der Schule durchaus als Grundlage im alltäglichen interdisziplinären Umgang an der Institution in Tübingen berücksichtigt.

Diese Ergebnisse, die einer quantitativen Bestandsaufnahme entsprechen, lassen also folglich insgesamt auf eine sehr positive Bilanz in der Zusammenarbeit zwischen den Vertretern der Schule und den Vertretern der Klinik in Tübingen schließen, was durch die folgenden Aussagen auf die Frage nach möglichen Verbesserungsvorschlägen in der Zusammenarbeit zwischen der Schule und der Klinik nochmals hervorgehoben werden soll:

*„...Also eigentlich bin ich so ganz zufrieden [lacht], mit dem wie es jetzt ist.*

*Nein, ich finde es gut so.“*

*(Aussage eines Erziehers der Abteilung der PPKJ in Tübingen)*

*„Ich wüsste jetzt nicht, was man verbessern könnte. Die Lehrer hier geben sich viel Mühe und man ist bereit auf den anderen auch einzugehen und man geht Kompromisse auch ein. Also, ich wüsste jetzt nicht, was man anders machen könnte.“*

*(Aussage eines Arztes der Abteilung der PPKJ in Tübingen)*

*„Nein, also ich wünsche mir, dass es in anderen Kliniken ähnlich gut läuft, sagen wir mal so.“*

*(Aussage eines Psychologen der Abteilung der PPKJ in Tübingen)*

Dennoch konnten innerhalb der spezifischen Auswertung anhand der qualitativen Interviewbefragung auch einzelne Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit der Schule für Kranke und der Klinik ausgemacht werden.

Diese beliefen sich dabei hauptsächlich auf den Vorwurf der mangelnden Unterrichtsversorgung der Patienten von Seiten der Stationsmitarbeiter, denen sich auch die Lehrkräfte immer wieder ausgesetzt sahen und die von den Stationsmitarbeitern ebenfalls als eine der Hauptschwierigkeiten der Zusammenarbeit gesehen wurden. Dies wurde schließlich noch durch den Vorwurf der fehlenden Flexibilität im Umgang mit „schwierigen“ Patienten unterstützt. Dass hierbei eher strukturelle Probleme zugrunde liegen, auf die hier an dieser Stelle nicht nochmals eingegangen werden soll, wurde bereits ausführlich dargestellt.



Dabei spielt jedoch auch das Verständnis von Schule eine große Rolle, das bereits von Hilff (1997, 5) im Zuge der theoretischen Auseinandersetzung mit den möglichen Schwierigkeiten einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen der Schule für Kranke und der KJP angesprochen wurde und was somit durch die praktische Untersuchung anhand des vorliegenden Vorwurfes der mangelnden Unterrichtsversorgung vollkommen bestätigt werden konnte.

Gerade hierbei wäre es ratsam, wenn das Thema des gegenseitigen Verständnisses schulischer Aufgaben und Zielsetzungen nochmals gemeinsam mit den Stationsmitarbeitern auf den Tisch gebracht werden könnte. So könnten die jeweiligen Standpunkte und Interessen auf Seiten der Schule und auf Seiten der Station thematisiert werden und aus dem Licht der strukturellen bzw. konzeptuellen Grundlagen und deren Folgen für die inhaltliche Auseinandersetzung anhand der Unterrichtsversorgung betrachtet werden. Dies wäre auch ein entscheidender Schritt für erste konstruktive Lösungen des Problems und könnte wohl am effektivsten innerhalb eines gemeinsamen Konzepttages von Schule und Station zum Thema des schulischen Verständnisses unter Beteiligung aller Mitarbeiter und der leitenden Führungskräfte (Schulleiter und Chefarzt der Abteilung der PPKJ) angedacht werden.

Daneben wurde natürlich noch eine Vielzahl primär struktureller Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen der Schule für Kranke und den Jugendlichenstationen der KJP angedeutet. Bestätigt wurde hierbei auch die von Kobi (1979, 22) angeführte hierarchische Struktur des Medizinalwesens, was natürlich auch die Struktur der KJP einschließt. Diese wurde jedoch innerhalb der qualitativen Interviewauswertung nicht wie bei Kobi insofern als Schwierigkeit beschrieben, dass sich die Klinikschullehrer als Angestellte des Landes dieser durchgängig vorherrschenden Hierarchie einzuordnen hätten, was an privaten Schulen für Kranke ganz anders aussehen kann, sondern dass in dieser interdisziplinären Zusammenarbeit lediglich zwei völlig konträr strukturierte Welten aufeinander treffen (Hierarchie versus Autonomie). Dabei wurde in der Auswertung der Befragung näher beschrieben, dass die Schwierigkeit der hierarchischen Struktur der KJP allein in der fehlenden Einsicht liege, was wo und an welche Stelle weitergeleitet werden müsse, um unnötigen Auseinandersetzungen vorbeugen zu können.

Darüber hinaus konnten anhand der Befragung jedoch noch weitere strukturelle Schwierigkeiten der Kooperation beschrieben werden, die in der Theorie bisher keine allgemeine Berücksichtigung finden, was jedoch auch mit der starken Spezifität der Schwierigkeiten anhand der großen Unterschiede konzeptueller sowie struktureller Grundlagen zusammenhängen könnte und somit von Einrichtung zu Einrichtung variiert. Hierbei wurden die fehlende Anrechnung der Kooperationsgespräche als Arbeitszeit der Klinikschullehrer angeführt, sowie die Schwierigkeit des stationsinternen Informationsflusses und die organisatorisch nicht immer einfache Terminabsprache am Vormittag.

Obwohl diese eher strukturellen bzw. organisatorischen Reibepunkte der Zusammenarbeit im Gegensatz zum Vorwurf der mangelnden Unterrichtsversorgung eine ganz andere Gewichtung einnehmen, wäre auch hier ein gemeinsames Gespräch über eben diese Punkte ratsam, um die jeweiligen Möglichkeiten zur Lösung der beschriebenen Schwierigkeiten anzubahnen. Schließlich darf hierbei nicht vergessen werden, wie schnell vordergründig strukturelle Schwierigkeiten zu inhaltlichen Auseinandersetzungen führen können, was am Beispiel der Unterrichtsversorgung mehr als deutlich wurde. Somit sollten auch diese eher zweitrangig erscheinenden Probleme der gemeinsamen Arbeit angegangen werden, um der nicht zu unterschätzenden Gefahr einer inhaltlichen Ausweitung vorzubeugen.

Weitere Annahmen zum Spannungsverhältnis zwischen der Psychiatrie und der Pädagogik wie die des vorliegenden Dominanzanspruches der medizinischen Seite, was von Schmitt (1997, 448) und von Kobi (1979, 22) angeführt wird, konnten in der beschriebenen Weise anhand der Interviewbefragung nicht explizit nachgewiesen werden. Zwar konnte wie bereits erwähnt eine geringere Einschätzung bezüglich des Einbezugs schulischer Beobachtungen in die therapeutische Arbeit in Tübingen bestätigt werden, das Erleben der interdisziplinären Teamsitzungen unter ständiger Beteiligung eines ärztlichen Vertreters wurde jedoch von den Lehrkräften der Schule für Kranke hingegen als sehr gleichberechtigt und fast schon partnerschaftlich beschrieben.

Des Weiteren konnten die von Harter-Meyer (1999, 19 f.) formulierten Thesen der Abwertung und Entleerung bis hin zur Ausbeutung der Pädagogik in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Einrichtungen der KJP nicht bestätigt werden. Im Gegenteil, die Schule wird hier als Teil eines gleichberechtigten und partnerschaftlichen ganzheitlichen Behandlungsansatzes psychisch kranker Kinder und Jugendlicher gesehen, deren enorme Bedeutung im therapeutischen Kontext der Klinik sogar konzeptuell festgehalten wird. Auch ein Einsatz des Machtinstruments der ärztlichen Schweigepflicht (Harter-Meyer 1999, 23 und Kobi 1979, 24) gegenüber den Vertretern der pädagogischen Seite konnten dabei innerhalb der Analyse nicht ausfindig gemacht werden.

Anzeichen für den von Zimmermann beschriebenen Überbürdungsstreit (2005, 96) und die Frage, ob nicht die Schule zu den Hauptauslösern psychischer Erkrankungen gehöre, wurden zudem in der ermöglichten Rückschau weder von Seiten der befragten Lehrkräfte noch von Seiten der befragten Stationsmitarbeiter geäußert.

Insgesamt lässt sich also erkennen, dass viele der genannten Schwierigkeiten vorwiegend struktureller Art sind, was bis auf die Ausweitung des erwähnten Aspektes der Unterrichtsversorgung also auf keine größeren inhaltlichen Auseinandersetzungen in der Kooperation zwischen der Schule für Kranke und den Jugendlichenstationen der KJP schließen lässt. Dabei darf man jedoch auch nicht vergessen, dass Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Disziplinen auch zur alltäglichen Arbeit gehören und somit immer auch der Stagnation oder dem Stillstand eines gegenseitigen Weiterentwicklungsprozesses vorbeugen. Der diskursive Austausch sowie die Reflexion unterschiedlicher Standpunkte und Meinungsansichten gehören dabei ebenso zum interdisziplinären Miteinander wie das Fassen gemeinsamer Beschlüsse und Zielsetzungen im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung und Förderung. Somit muss auch die Chance des Diskurses und der Auseinandersetzung gesehen werden, die hier treffend in einer Aussage der befragten Teilnehmer auf die Frage nach dem Erleben der Atmosphäre in den gemeinsamen Teambesprechungen formuliert wurde:

*„Ich erlebe sie selbst sehr vertrauensvoll, was nicht ausschließt, dass es auch Auseinandersetzungen gibt, und ich glaube, dass es auch heftige Diskussionen geben kann. Dies zeigt aber auch auf, dass eine gute Zusammenarbeit vorhanden ist, wo man sich auch im Diskurs auseinandersetzen kann, z.B. wenn es darum geht, was jetzt Aufgabe der Schule ist bzw. was nicht Aufgabe der Schule ist, was Aufgabe der Station bzw. was nicht Aufgabe der Station ist.“*

*(Aussage des Schulleiters der Schule für Kranke in Tübingen)*

Daneben konnten auch einige konstruktive Verbesserungsvorschläge angeführt werden, die in der weiteren Zusammenarbeit gemeinsam überdacht werden oder zumindest innerhalb einer interdisziplinären Besprechung zur Diskussion stehen sollten. Anregungen wie regelmäßige interne Fortbildungen oder Hospitationen zum besseren Kennen lernen, regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen zu Themen der allgemeinen Zusammenarbeit zwischen der Schule und der Klinik unter Beteiligung aller Mitarbeiter und der leitenden Kräfte sowie effektivere organisatorische Abstimmungen in der Terminabsprache oder produktivere Übergabegespräche sollten dabei in einer solchen Runde artikuliert werden, um die jeweiligen Standpunkte ausloten zu können und um gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen, die möglichst allen Beteiligten gerecht werden.

Dadurch kann schließlich auch eine gewünschte Transparenz zwischen den verschiedenen Bereichen geschaffen werden, die gleichzeitig ein offeneres Verhältnis sowie mehr Verständnis für die einzelnen Parteien zur Folge haben kann. Insofern wäre die Formulierung eines verbindlichen gemeinsamen Kooperationskonzeptes sicher sinnvoll, welches eben diese genannten Schwierigkeiten und Änderungsvorschläge aufgreifen und als Grundlage weiterer Überarbeitungen herangezogen werden sollte. Dabei ist eine Unterstützung von Seiten des Schulleiters und des Klinikleiters unumgänglich. Nur durch den gemeinsamen Diskurs zwischen beiden Seiten können konzeptuelle und inhaltliche Veränderungen getroffen werden, die einerseits im Sinne des Einhalt gebietenden Qualitätsmanagements einer qualitativen Weiterentwicklung der Arbeit auf beiden Seiten zu gute kommt und damit gleichzeitig dem Wohle der Kinder und Jugendlichen durch eine professionelle ganzheitliche Arbeit dient.

## **12. Ausblick**

Abschließend lässt sich sagen, dass eine weitere Beschäftigung mit dem Thema der Kooperation immer mehr ins Augenmerk politischer sowie schuladministrativer Anstrengungen rückt. Die Bildung von Netzwerken nimmt dabei eine bedeutende Rolle ein. So konnte auch hier die Bildung eines regionalen Netzwerkes am Beispiel der Arbeitsgruppe „Pädagogik bei Krankheit“ in Tübingen beobachtet werden, welche die Notwendigkeit eines interdisziplinären Erfahrungsaustausches in diesem Bereich deutlich macht und neue Impulse für eine qualitative Weiterentwicklung in der Arbeit am gemeinsamen Gegenstand einer Pädagogik bei Krankheit geben kann.

Um diesen Austausch ausweiten und gleichzeitig verstärken zu können, wäre die Bildung überregionaler Netzwerke oder Arbeitsgruppen verbunden mit einer regen Öffentlichkeitsarbeit zu diesem Thema noch von Vorteil. Dadurch könnten auch die Erfahrungen anderer Schulen für Kranke, die an eine therapeutische Klinik angeschlossen sind, eingeholt werden. Auf mögliche Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit könnte bereits im Vorfeld hingewiesen werden oder Verbesserungsvorschläge und deren praktischen Erfahrungen in der bisherigen Umsetzung an anderen Einrichtungen breiter diskutiert werden als dies aus dem Blickfeld einer einzigen Institution möglich ist. Die Bildung überregionaler Austauschzentren zum Thema der Kooperation im Feld der Pädagogik bei Krankheit könnte zudem durch den gemeinsamen Austausch und die Reflexion alltäglicher Kooperationshindernisse die Arbeitszufriedenheit auf Seiten der Lehrkräfte an Schulen für Kranke erhöhen, wenn sie erfahren, dass sie mit den Problemen und Herausforderungen, denen sie in der täglichen Zusammenarbeit mit der Klinik ausgesetzt werden, nicht alleine stehen. Darüber hinaus könnte die Bildung eines solchen Netzwerkes in Verbindung mit einer unermüdlichen Öffentlichkeitsarbeit auch ein wichtiger Anstoß für die Sensibilisierung der Gesellschaft für psychisch kranke Menschen darstellen. Viele Schulen könnten dadurch wichtige Anregungen zum Umgang mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen erhalten, die einer weiteren Stigmatisierung entgegen wirken könnte.

Daneben könnte die Bildung von Kompetenzzentren (Hummel 2004, 544) ein wichtiger Impuls für eine höhere Wertschätzung der einzelnen Disziplinen in der gemeinsamen Arbeit mit chronisch kranken Kindern und Jugendlichen sein. Hierbei wird für eine Zusammenführung der verschiedenen Fachkompetenzen der Jugendhilfe, der Psychiatrie sowie der Schule an einer gemeinsamen Einrichtung plädiert, wodurch die jeweiligen Unterstützungsangebote effektiver und kostengünstiger umgesetzt werden könnten als dies bisher in der Form dezentralisierter Einrichtungen der Fall ist. Somit könnte auch erstmals eine in der Tat ganzheitliche Sicht des Problemfeldes psychischer Erkrankungen von der Prävention bis zur Nachsorge aufgegriffen werden, welche den Betroffenen neue Perspektiven zur Verfügung stellt, die innerhalb einer disziplinar abgegrenzten Betreuungssituation so meist gar nicht angedacht werden können und eine kontinuierliche Begleitung der Maßnahmen zu Gunsten der betroffenen Kinder und Jugendlichen erst ermöglichen.

Würde solch ein Kompetenzzentrum auf der organisatorischen Ebene auch noch ohne hierarchische Strukturen auskommen und wie am Vorbild Großbritanniens in wechselnder Leitung von Medizinern, Psychologen, Pädagogen sowie Sozialarbeitern geführt werden, wäre dies sicher ein bedeutender Meilenstein für die grundlegende Gleichwertigkeit und Partnerschaftlichkeit in der zukünftigen interdisziplinären Zusammenarbeit von Jugendhilfe, Schule und KJP in Deutschland.

**Abkürzungsverzeichnis:**

BK = Bildende Kunst

BVJ = Berufsvorbereitungsjahr

bzw. = beziehungsweise

d.h. = das heißt

EWG = Fächerverbund: Erdkunde - Wirtschaftskunde - Gemeinschaftskunde

GWG = Fächerverbund: Geographie - Wirtschaftskunde - Gemeinschaftskunde

HNO - Klinik = Hals- Nasen- Ohren – Klinik

ITG = Informationstechnische Grundbildung

KiJu = Name der Schulstelle der Kinder- und Jugendpsychiatrie

KiJu 1 = Schulstelle der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Primarbereich)

KiJu 2 = Schulstelle der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Sekundarbereich)

KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie

KMK = Kultusministerkonferenz

lat. = lateinisch

NWA = Naturwissenschaftliches Arbeiten

PJ = Praktisches Jahr (bei Medizinstudenten)

PPKJ = Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

SI-Therapeut = Therapeut für Sensorische Integration

usw. = und so weiter

u.a. = unter anderem

v.a. = vor allem

WZG = Fächerverbund: Welt - Zeit - Gesellschaft

z.B. = zum Beispiel

ZK = Zentrale Klassenarbeit

z.T. = zum Teil

## **Abbildungsverzeichnis:**

### **4. Aufbau der Schulstellen an der KJP Tübingen**

- Abbildung 1: Aufbau der Schule für Kranke am Universitätsklinikum in Tübingen

### **5. Kooperation an der Schule für Kranke an KJP in Tübingen**

- Abbildung 2: Kooperationsfeld eines Lehrers an der Schule für Kranke in der Abteilung der KJP in Tübingen
- Abbildung 3: Kooperationsnetzwerk in der Arbeit mit chronisch kranken Kindern und Jugendlichen

### **11. Befragung der Vertreter der einzelnen Fachdisziplinen zur Kooperation zwischen der Schule für Kranke und der KJP in Tübingen**

- Abbildung 4: Altersverteilung der befragten Personen
- Abbildung 5: Berufserfahrung der befragten Personen
- Abbildung 6: Berufszufriedenheit der befragten Personen
- Abbildung 7: Offenheit aller Fachdisziplinen für Fragen und Austausch (Schule)
- Abbildung 8: Einbezug der Unterrichtsbeobachtungen in die Therapie (Schule)
- Abbildung 9: Abgrenzung zwischen Therapie, Arbeit auf Station und Schule (Schule)
- Abbildung 10: Erleben der Teamsitzungen (Schule)
- Abbildung 11: Bewertung der Zusammenarbeit mit der Schule (Station)
- Abbildung 12: Offenheit der Lehrer der Schule für Kranke gegenüber anderen Disziplinen (Station)
- Abbildung 13: Abgrenzung zwischen Therapie, Arbeit auf Station und Schule (Station)
- Abbildung 14: Erleben der Teamsitzungen (Station)
- Abbildung 15: Bewertung der Zusammenarbeit (Gegenüberstellung)



- 
- Abbildung 16: Offenheit aller Fachdisziplinen für Fragen und Austausch (Gegenüberstellung)
  - Abbildung 17: Einschätzung der Offenheit der jeweils anderen Seite (Gegenüberstellung)
  - Abbildung 18: Einschätzung über den Einbezug der eigenen Beobachtungen in die Arbeit der anderen Fachbereiche (Gegenüberstellung)
  - Abbildung 19: Abgrenzung zwischen Therapie, Arbeit auf Station und Schule (Gegenüberstellung)
  - Abbildung 20: Gibt es neben den Teambesprechungen noch weitere Möglichkeiten des interdisziplinären Austausches? (Gegenüberstellung)
  - Abbildung 21: Erleben der Teamsitzungen (Gegenüberstellung)

---

**Literaturangabe:**

- **Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universitätsklinik Tübingen:** unveröffentlichte Konzeption vom 22.07.2002
- **Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universitätsklinik Tübingen (kurz KKPJ):** Homepage der Abteilung KKPJ. Internet: <http://www.medizin.uni-tuebingen.de/ppkj/Klinik/Stationen.htm>; 30.08.2006
- **Arbeitsgruppe „Pädagogik bei Krankheit“:** Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in Schulen. In: Pädagogische Impulse 39, Jg. 2006, Heft 2. S. 9-17
- **Bach, H. (1976):** Aufgaben, Probleme und Prinzipien der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pädagogen. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 27, Jg. 1976, Heft 3. S. 136-145
- **Beekmann, B. (1998):** Krankenhausschule und schulische Re-Integration in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Pfeiffer, U./Knab, D./Häcker, W./Klemm, M./Böpple, E. (Hrsg.) (1998): Klinik macht Schule. Die „Schule für Kranke“ als Brücke zwischen Klinik und Schule. Attempto: Tübingen. S. 161-171
- **Bock, M. (1992):** „Das halbstrukturierte-leitfadenorientierte Tiefeninterview“. Theorie und Praxis der Methode am Beispiel von Paarinterviews. In: Hoffmeyer-Zlotnik, J.H.P. (Hrsg.): Analyse verbaler Daten. Über den Umgang mit qualitativen Daten. Westdeutscher Verlag: Opladen. S. 90-109
- **EACH-Charta (European Association for Children in Hospital):** Zum Recht auf Bildung und Erziehung. Artikel 7. In: Europäische Vereinigung der Krankenpädagogen H.O.P.E. Internet: <http://www.klschule.fr.schule-bw.de/>; 13.11.2006

- 
- **Engel, U. (2003):** Zum Verhältnis von Psychiatrie und Pädagogik. Aspekte einer vernunftkritischen Psychiatriegeschichte. Mabuse: Frankfurt am Main. 2. Auflage. S. 7-11, 164-171
  - **Ertle, C. (1994):** Forschungsprojekt „Schüler im Klinikum“. In: Sonderpädagogik 24, Jg. 1994, Heft 4. S. 238 – 242
  - **Ertle, C. (1997):** Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen. Klinkhardt: Bad Heilbrunn. S. 11-24, 35, 234-243
  - **Friemelt, A. (Hrsg.) (1982):** Bestandsaufnahme in der Krankenpädagogik. Vorträge und Berichte vom 1. Arbeitstreffen der Krankenhauslehrer beim Wangener Symposium 1981. Rehabilitationsverlag: Bonn. S. 60 ff.
  - **Gehring, T. (1985):** Vorbeugen ist besser als Heilen. Aspekte einer Zusammenarbeit zwischen Schule und Kinderpsychiatrie. In: Lehrerzeitung 19, Jg. 1985. S. 11-16
  - **Grundgesetz Artikel 3, Absatz 1 und 3:** Internet: [http://www.datenschutz-berlin.de/recht/de/gg/gg1\\_de.htm#art3](http://www.datenschutz-berlin.de/recht/de/gg/gg1_de.htm#art3); 16.12.2006
  - **Harter-Meyer, R./Schulte-Markwort, M./Riedesser, P. (Hrsg.) (1999):** Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Perspektiven einer Kooperation von Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. LIT-Verlag: Münster, Hamburg, London. S. 7-58
  - **Hilff, G. (1997):** Im Spannungsfeld zwischen Distanz und Nähe. Ein Erfahrungsbericht aus der Arbeit mit Schülern der Sekundarstufe in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung. Unveröffentlichter Artikel

- **Hummel, H. (2004):** Schule als Kooperationspartner. Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation zwischen Schule und Jugendpsychiatrie. In: Fegert, J.M./Schrapper, C. (Hrsg.) (2004): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Juventa: Weinheim und München. S. 537-546
- **Jetter, K./Schönberger, F. (Hrsg.) (1979):** Verhaltensstörung als Handlungsveränderung. Beiträge zu einem Förderkonzept Behinderter. Huber: Bern, Stuttgart, Wien. S.33
- **Kimmig, A. (2006):** Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in den allgemein bildenden Schulen. Ein Forschungsprojekt der PH Ludwigsburg, Fakultät für Sonderpädagogik Reutlingen, Prof. Dr. Chr. Ertle in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Tübingen, Ärztlicher Direktor Prof. Dr. D. Niethammer, Dr. A. Kimmig. Gefördert von der Robert Bosch Stiftung GmbH.  
Quelle: Begleitunterlagen auf der CD zum Abschlussbericht der Tagung „Krank in der Schule?! Förderung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher – eine Aufgabe aller Schulen“ vom 23.06.2006 in Reutlingen
- **Kimmig, A. (2006):** Schule – ein Thema für die Kinder- und Jugendmedizin?  
Quelle: Begleitunterlagen auf der CD zum Abschlussbericht der Tagung „Krank in der Schule?! Förderung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher – eine Aufgabe aller Schulen“ vom 23.06.2006 in Reutlingen
- **Klosinski, G. (1999):** Die Schule für Kranke aus der Sicht des Psychiaters. Aufgaben und Bedeutung, Möglichkeiten und Grenzen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung. Anmerkungen des Kinder- und Jugendpsychiaters. Vortrag vom 24.04.1999 anlässlich der 4. Arbeitstagung des Forschungsprojektes „Schüler im Klinikum“ der Fakultät für Sonderpädagogik der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg. Internet: [http://www.schule-und-psychiatrie.de/dateien/schups\\_aktuell/sfk\\_psych.htm](http://www.schule-und-psychiatrie.de/dateien/schups_aktuell/sfk_psych.htm); 26.10.2006

- **KMK (1998):** Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler.  
Internet: <http://www.kmk.org/doc/beschl/krank.pdf>; 16.12.2006
- **Kobi, E.E. (1979):** Therapie aus heilpädagogischer Sicht. Zum Horizont ärztlich-pädagogischer Kooperation. In: Heilpädagogik als Herausforderung. Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik: Luzern. S. 91-102
- **Kobi, E.E. (1988):** Therapie und Erziehung: Ein chronischer Beziehungskonflikt. In: Heilpädagogische Daseinsgestaltung. Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik: Luzern. S. 227-246
- **Kobi, E.E. (1979):** Zur strukturellen Problematik der Kooperation zwischen dem Medizinalsystem und dem Bildungssystem. In: Kinder zwischen Medizin und Pädagogik: ärztlich-pädagogische Zusammenarbeit im Interesse des kranken und behinderten Kindes. Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik: Luzern. S. 15-26
- **Kollmar-Masuch, R. (1987):** Hat der Lehrer in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Chance? In: Berichte zur Erziehungstherapie und Eingliederungshilfe. Schriftenreihe des EREW-Institutes. Minerva: München. S. 45-128
- **Lamnek, S. (2005):** Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Beltz: Weinheim und Basel. 4. Auflage. S. 329-407
- **Lempp, R./Schiefele, H. (Hrsg.) (1987):** Ärzte sehen die Schule. Beltz: Weinheim und Basel. S. 9-11
- **Oelsner, W./Lehmkuhl, G. (1996):** Kinderpsychiatrie und Pädagogik – sich ergänzende oder widersprechende Sichtweisen? In: Kretz, H. (Hrsg.) (1996): Lebendige Psychohygiene. Eberhard Verlag: München. S. 167-183

- 
- **Remschmidt, H. (Hrsg.) (2005):** Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Thieme: Stuttgart. 4. Auflage. S. 111-344
  - **Remschmidt, H. (2005):** Organisations- und Strukturfragen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. In: Remschmidt, H. (Hrsg.) (2005): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Thieme: Stuttgart. 4. Auflage. S. 472-486
  - **Schmitt, F. (1997):** Schule für Kranke. Interdisziplinäre Zusammenarbeit als Merkmal professioneller Handlungsfähigkeit von Lehrern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 48, Jg. 1997, Heft 11. S. 447-450
  - **Schmitt, F. (1998):** Schule für Kranke – eine Institution individueller und integrativer Pädagogik. In: Pfeiffer, U./Knab, D./Häcker, W./Klemm, M./Böpple, E. (Hrsg.) (1998): Klinik macht Schule. Die „Schule für Kranke“ als Brücke zwischen Klinik und Schule. Attempto: Tübingen. S. 184-190
  - **Schuldt, S. (1997):** Aspekte schulischen Arbeitens an einer Schule für Kranke in längerer Krankenhausbehandlung - eine Monographie. In: Ertle, C. (Hrsg.) (1997): Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen. Klinkhardt: Bad Heilbrunn. S. 35
  - **Schulgesetz für Baden-Württemberg vom 1.8.1983:** In: GEW-Jahrbuch (2005): Handbuch des Schul- und Dienstrechts in Baden-Württemberg. Süddeutscher Pädagogischer Verlag: Stuttgart 2005. S. 807 ff
  - **Schweitzer, J. (1998):** Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen. Juventa: Weinheim und München. S. 24-38

- **Speck, O. (2003):** System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. Reinhardt: München. 5. Auflage. S. 306-334
- **Staatliche Schule für Kranke am Universitätsklinikum Tübingen:**  
unveröffentlichte Arbeitspapiere der Schulstellen der Staatlichen Schule für Kranke am Universitätsklinikum Tübingen vom November 2006
- **Verwaltungsvorschrift zur Organisation der Schulen für Kranke in längerer Krankenhausbehandlung vom 28. Juli 1988 (K.u.U.S. 755/1988).**  
In: GEW-Jahrbuch (2005): Handbuch des Schul- und Dienstrechts in Baden-Württemberg. Süddeutscher Pädagogischer Verlag: Stuttgart 2005. S. 866 ff
- **Volk-Moser, A. (2001):** Schule im Klinikum – pädagogischer Ort im medizinischen Feld – eine empirische Untersuchung. Verlag Dr. Kovac: Hamburg. S. 85-130, 327-368
- **Wikipedia-Homepage:**  
Internet: <http://de.wikipedia.org/wiki/Interdisziplinarit%C3%A4t>; 05.01.2007;  
<http://de.wikipedia.org/wiki/Kooperation> ; 05.01.2007
- **Zimmermann, K. (2005):** Johannes Trüper und die Konkurrenz zwischen Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Zimmermann, K. (2005): Johannes Trüper: Ein Heilpädagoge zwischen Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Heilpädagogisch Rehabilitationswissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln vom 09.05.2005. S. 93-117. Internet: [http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=978391233&dok\\_var=d1&dok\\_ext=pdf&filename=978391233.pdf](http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=978391233&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=978391233.pdf); 26.10.2006

---

## Anhang

---

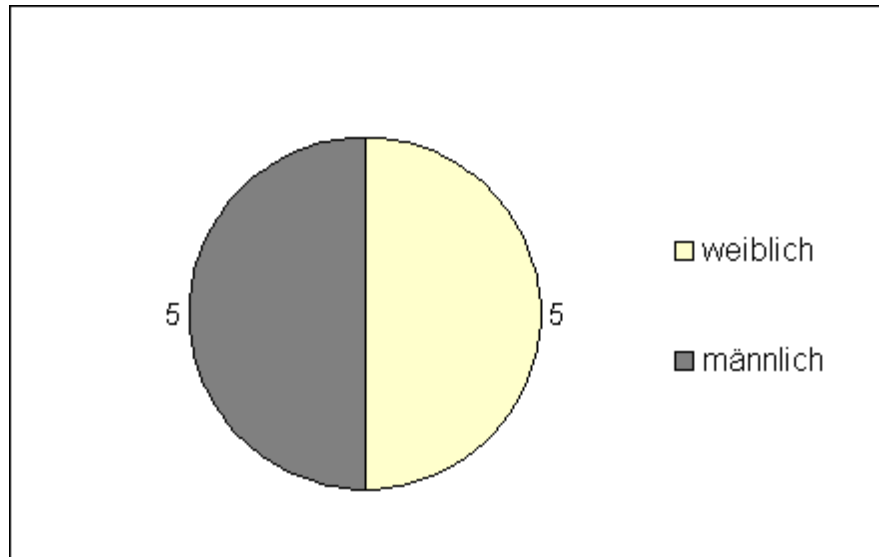


## **Auswertung der Fragebögen**

## Demographische Merkmale der Befragten

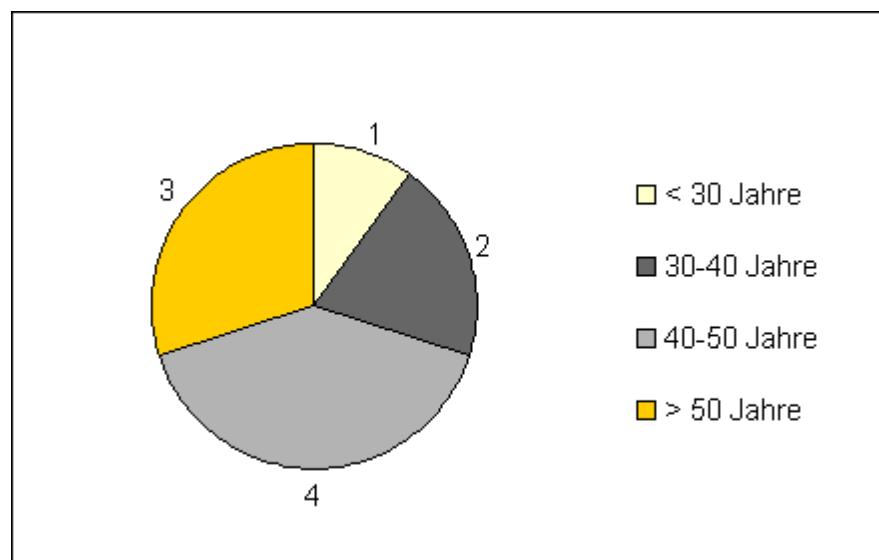
### 1. Geschlechterverteilung

Mögliche Antworten:	weiblich	männlich
Gegebene Antworten:	5	5



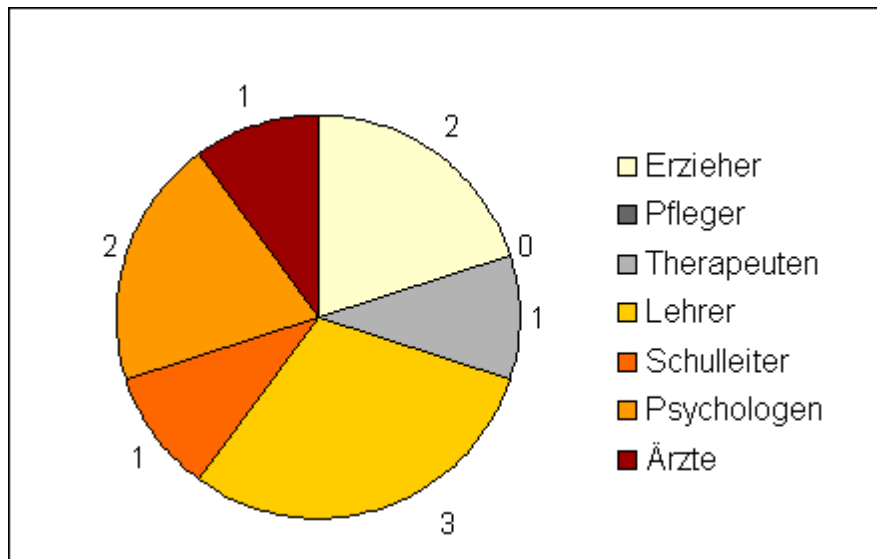
### 2. Altersverteilung

Mögliche Antworten:	< 30 Jahre	30-40 Jahre	40-50 Jahre	> 50 Jahre
Gegebene Antworten:	1	2	4	3



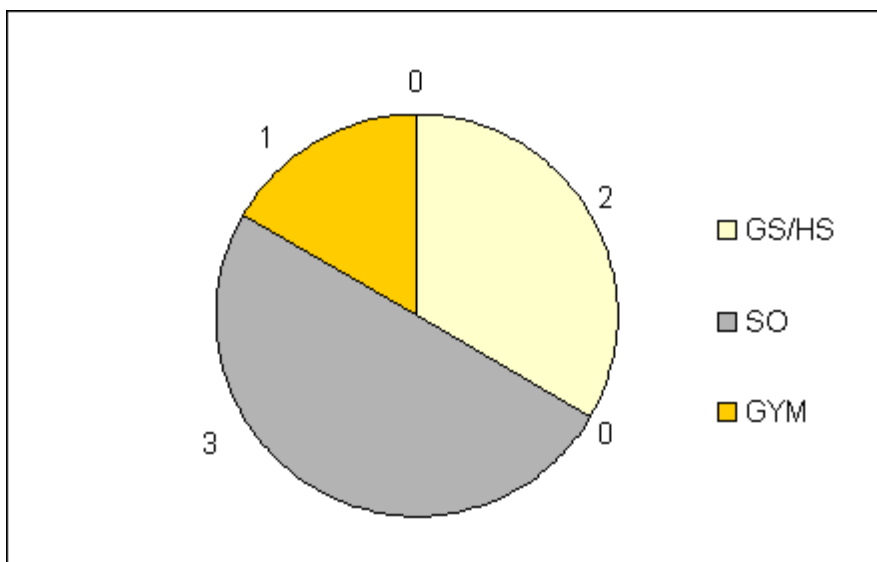
### 3. Teilnehmende Berufsgruppen

Mögliche Antworten:	Erzieher	Pfleger	Therapeuten	Lehrer	Schulleiter	Psychologen	Ärzte
Gegebene Antworten:	2	0	1	3	1	2	1



### 4. Ausbildung der befragten Lehrer

Mögliche Antworten:	GS/HS	RS	SO	GYM	BS
Gegebene Antworten:	2	0	3	1	0



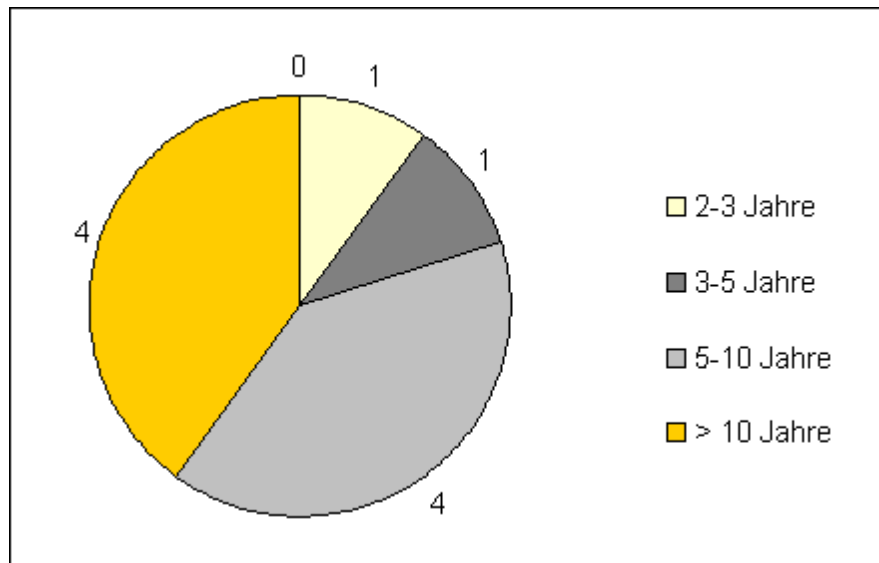
Anmerkung: Insgesamt wurden dazu nur vier Lehrer (inklusive des Schulleiters befragt). Zwei der Lehrer haben aber neben der GS/HS-Ausbildung auch noch die SO-Ausbildung.

## 5. Weitere Zusatzausbildungen der Befragten

Stationsmitarbeiter: Fachkraft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, SI-Therapeutin, Nordic-Walking Trainerin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

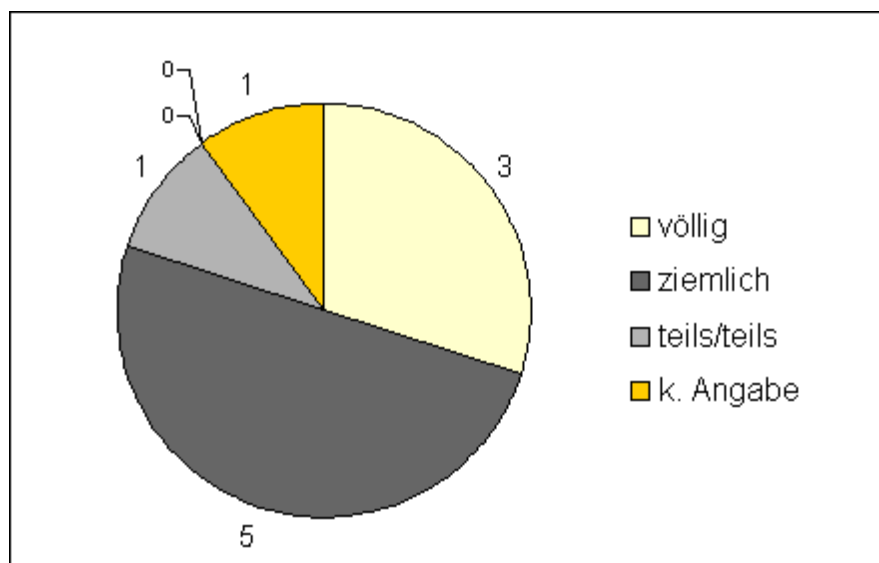
## 6. Berufserfahrung

Mögliche Antworten:	1 Jahr	2-3 Jahre	3-5 Jahre	5-10 Jahre	> 10 Jahre
Gegebene Antworten:	0	1	1	4	4



## 7. Berufszufriedenheit

Mögliche Antworten:	völlig	ziemlich	teils/teils	etwas	gar nicht	k. Angabe
Gegebene Antworten:	3	5	1	0	0	1

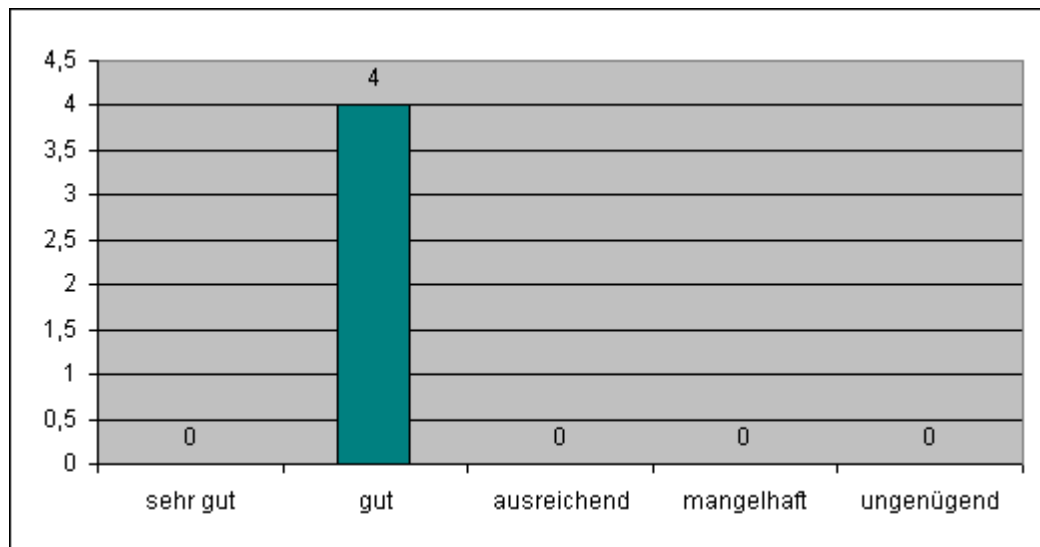


# Auswertung der Fragebögen der Lehrkräfte der Schule für Kranke

## 1. Beschreibung der interdisziplinären Kooperation

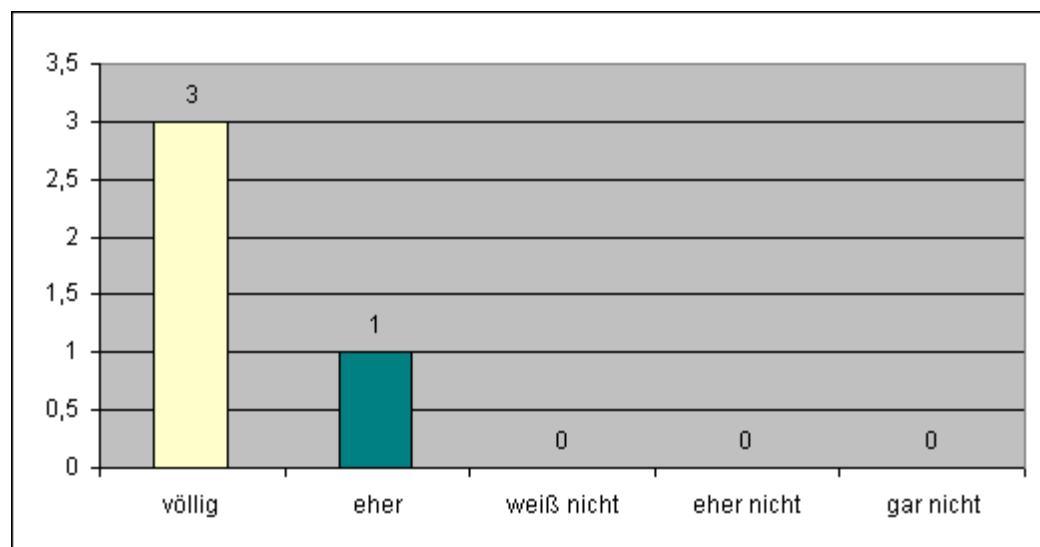
1. Wie würden Sie die allgemeine Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Klinik bewerten?

Mögliche Antworten:	sehr gut	gut	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Gegebene Antworten:	0	4	0	0	0



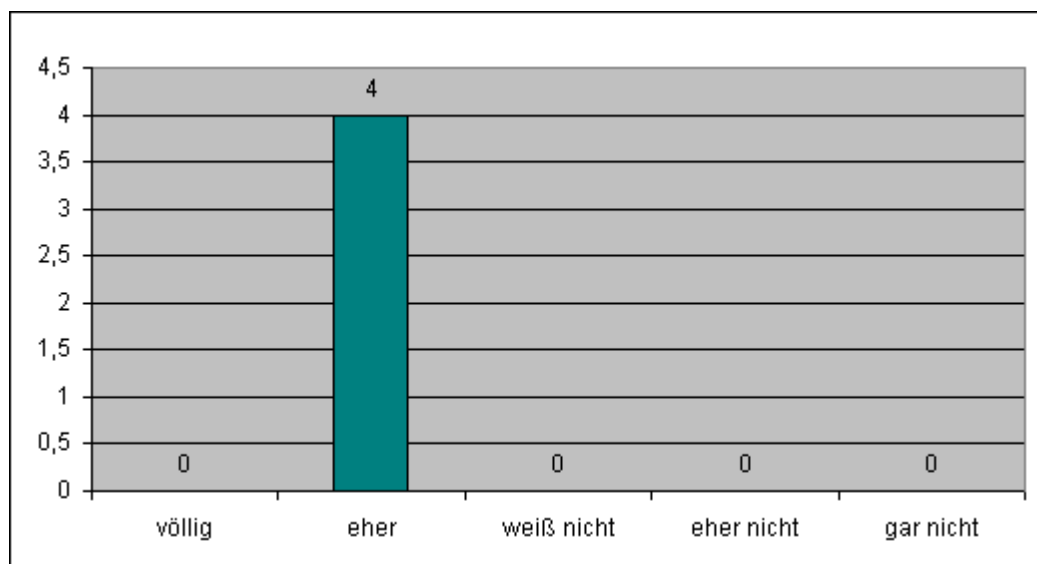
2. Es besteht eine Offenheit aller Fachdisziplinen für Fragen, Austausch,...

Mögliche Antworten:	völlig	eher	weiß nicht	eher nicht	gar nicht
Gegebene Antworten:	3	1	0	0	0



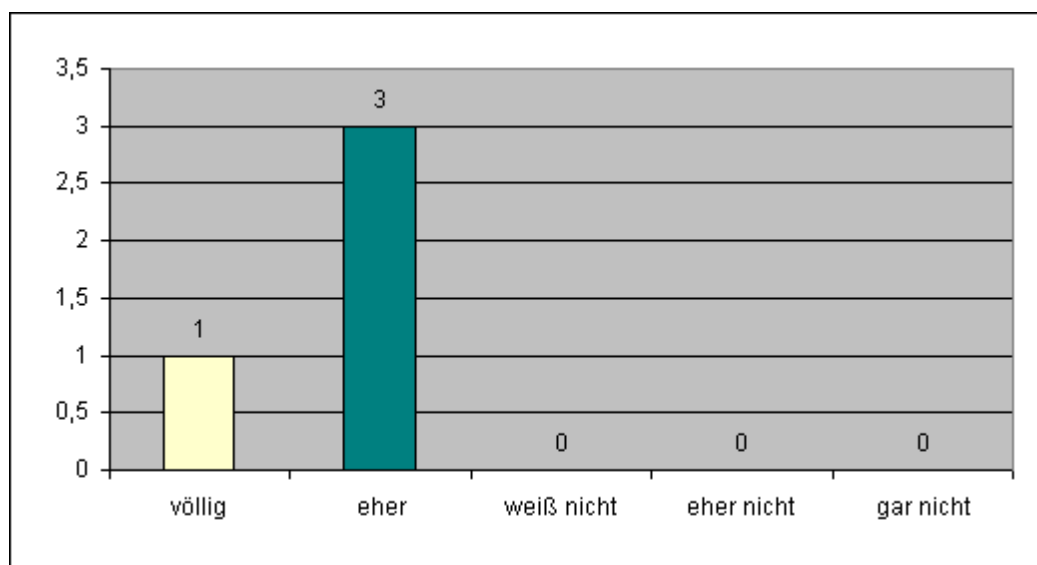
**3. Die Unterrichtsinhalte und Beobachtungen der LehrerInnen werden von allen anderen Fachbereichen ausreichend beachtet und in die weitere Therapie mit einbezogen.**

Mögliche Antworten:	völlig	eher	weiß nicht	eher nicht	gar nicht
Gegebene Antworten:	0	4	0	0	0



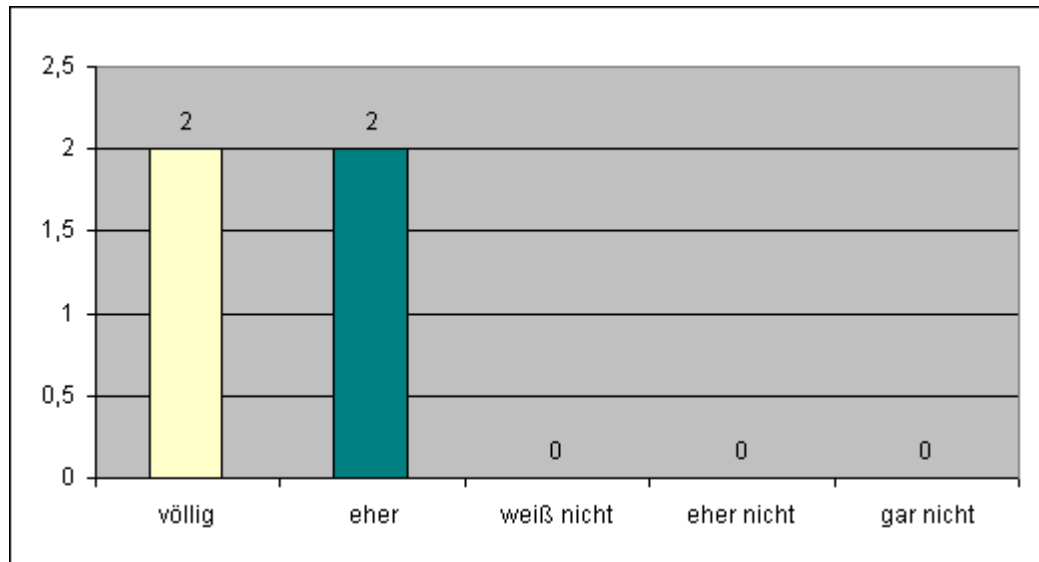
**4. Ich habe das Gefühl, dass sich die Ärzte und Therapeuten auch auf andere Disziplinen einlassen.**

Mögliche Antworten:	völlig	eher	weiß nicht	eher nicht	gar nicht
Gegebene Antworten:	1	3	0	0	0



**5. Es herrscht eine klare Abgrenzung zwischen Therapie, Arbeit auf Station und Schule vor.**

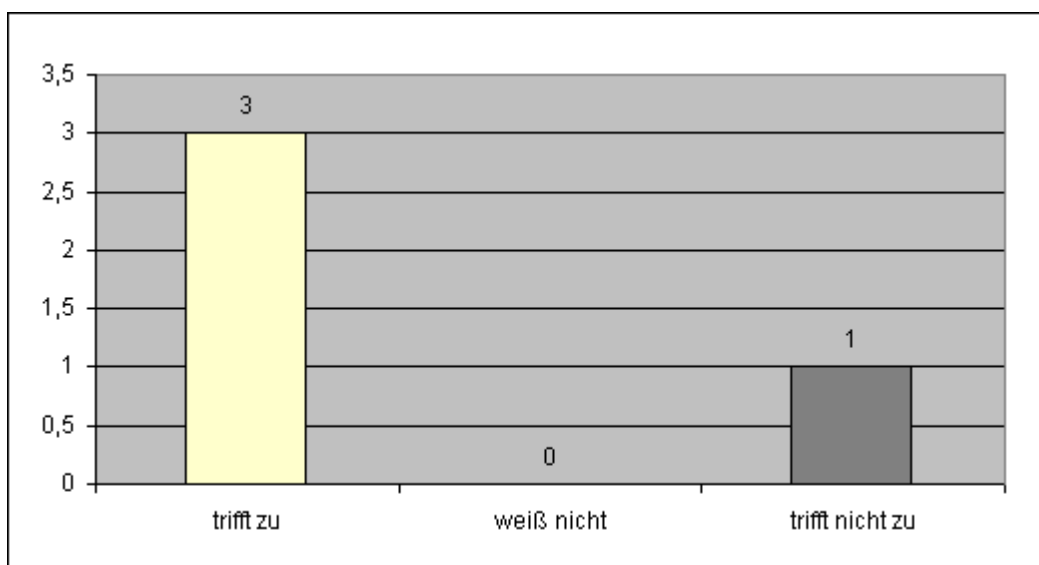
Mögliche Antworten:	völlig	eher	weiß nicht	eher nicht	gar nicht
Gegebene Antworten:	2	2	0	0	0



**2. Umsetzungsformen der interdisziplinären Kooperation**

**1. Sehen Sie neben den gängigen Möglichkeiten des interdisziplinären Austausches (z.B. Fallbesprechungen, Stationsübergabegespräche,...) noch weitere?**

Mögliche Antworten:	trifft zu	weiß nicht	trifft nicht zu
Gegebene Antworten:	3	0	1



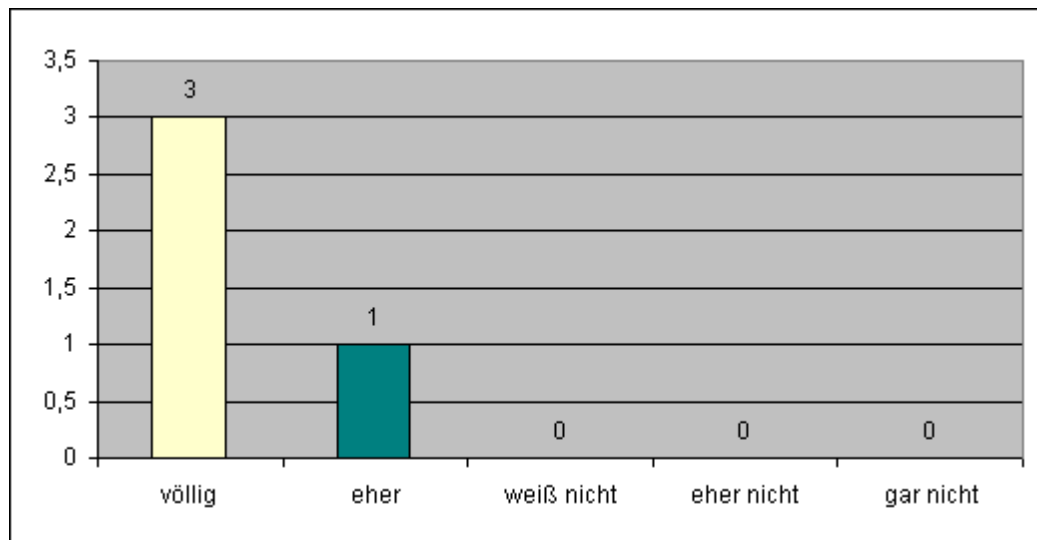
## 2. Wenn Sie "trifft zu" angekreuzt haben: Welche weiteren Möglichkeiten gibt es noch?

**Nennungen:** Informelle Gespräche, Telefonabsprache; formelle Sondergespräche zu bestimmten Fragestellungen; tägliche Übergabe vor dem Unterricht; regelmäßiger, inhaltlicher und konzeptueller Austausch von Klinikleitung und Schulleitung; dies muss sich aus konkreten Erfordernissen entwickeln.

## 3. Erleben der Teamsitzungen

### 1. Bei den Teamsitzungen fühle ich mich als gleichwertiges Mitglied.

Mögliche Antworten:	völlig	eher	weiß nicht	eher nicht	gar nicht
Gegebene Antworten:	3	1	0	0	0



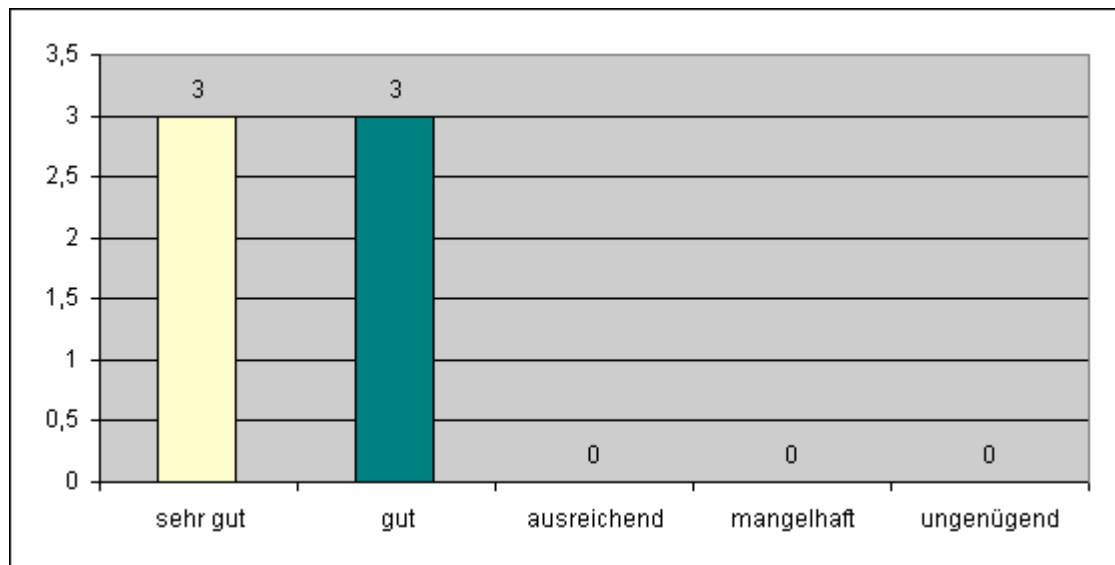


## Auswertung der Fragebögen der Stationsmitarbeiter

### 1. Beschreibung der interdisziplinären Kooperation

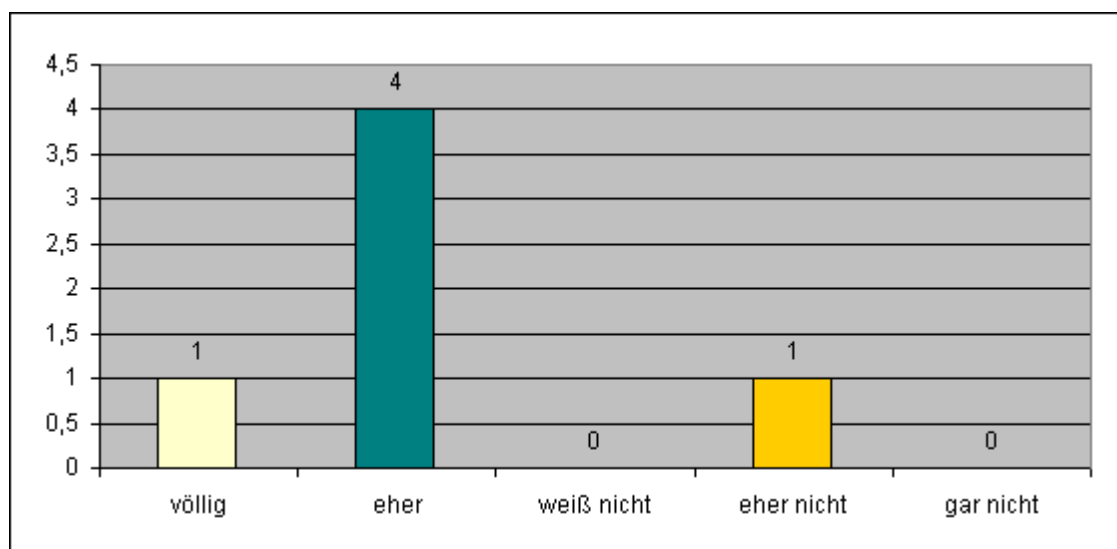
1. Wie würden Sie die allgemeine Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Schule für Kranke bewerten?

Mögliche Antworten:	sehr gut	gut	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Gegebene Antworten:	3	3	0	0	0



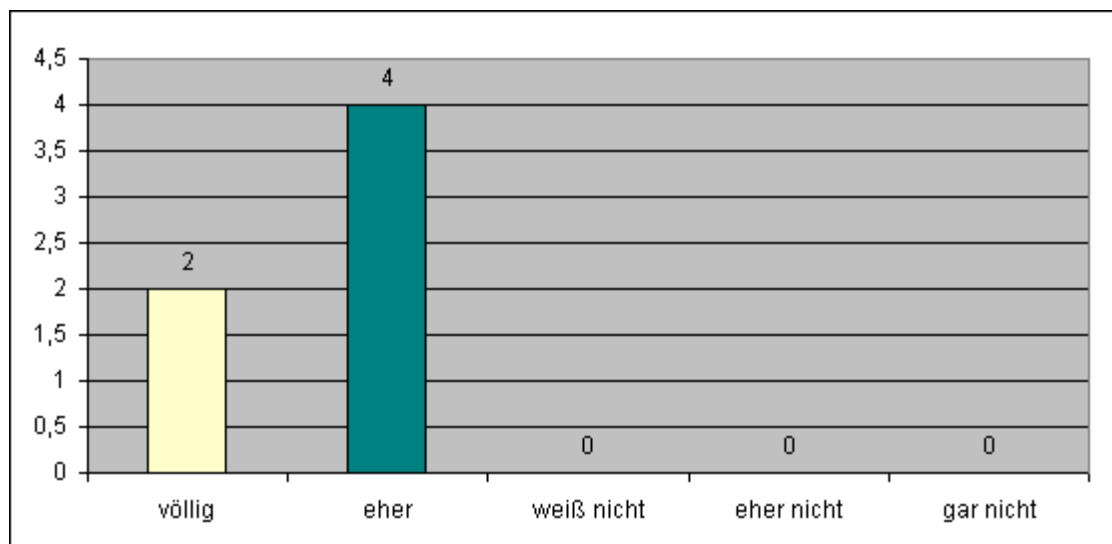
2. Es besteht eine Offenheit aller Fachdisziplinen für Fragen, Austausch,...

Mögliche Antworten:	völlig	eher	weiß nicht	eher nicht	gar nicht
Gegebene Antworten:	1	4	0	1	0



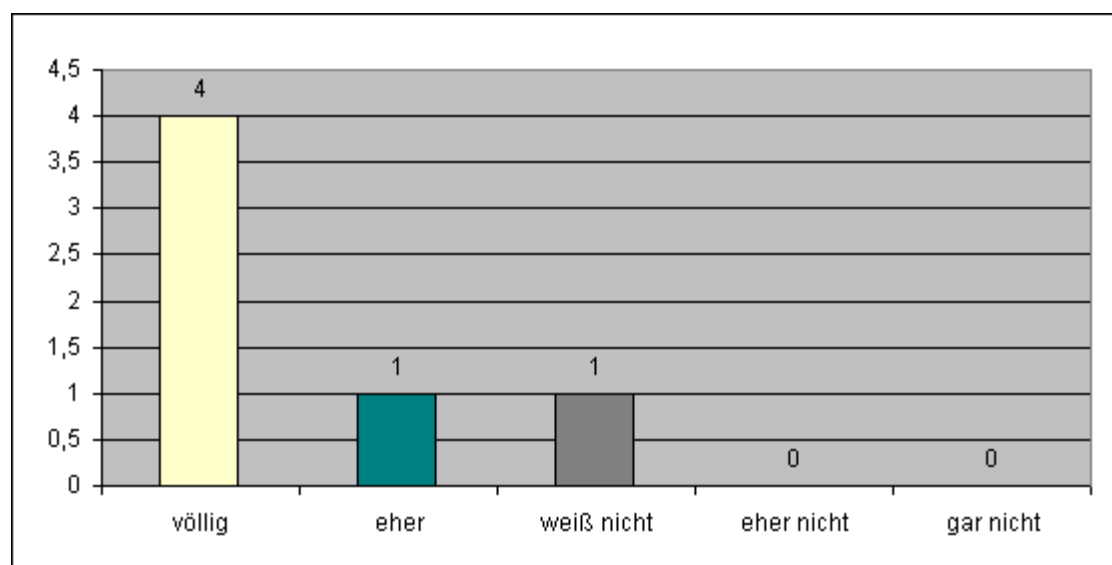
**3. Die Beobachtungen der Stationsmitarbeiter werden von allen anderen Fachbereichen ausreichend beachtet und in die weitere schulische Arbeit und Zielsetzung mit einbezogen.**

Mögliche Antworten:	völlig	eher	weiß nicht	eher nicht	gar nicht
Gegebene Antworten:	2	4	0	0	0



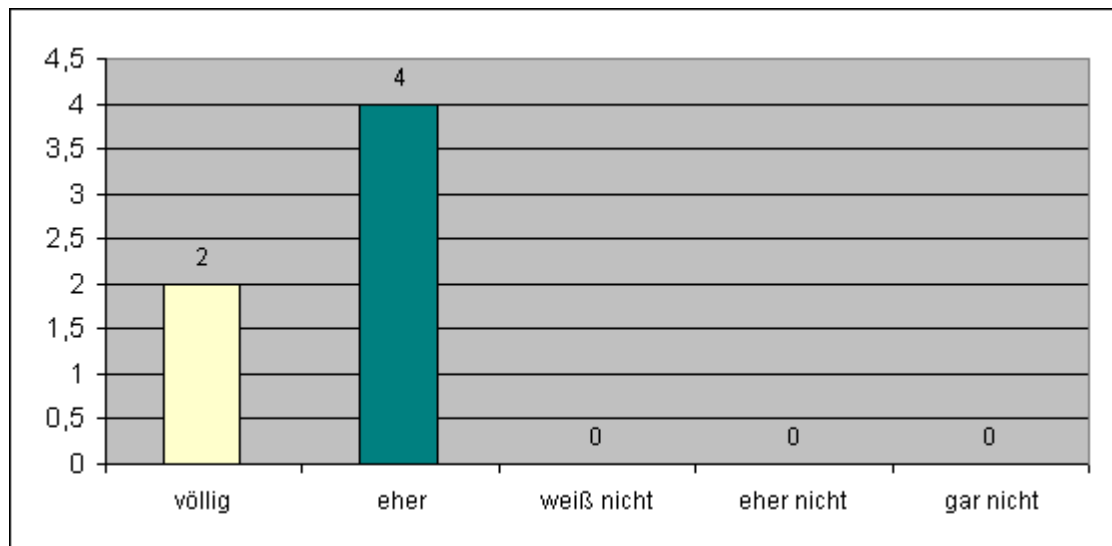
**4. Ich habe das Gefühl, dass sich die LehrerInnen der Schule für Kranke auch auf andere Disziplinen einlassen.**

Mögliche Antworten:	völlig	eher	weiß nicht	eher nicht	gar nicht
Gegebene Antworten:	4	1	1	0	0



**5. Es herrscht eine klare Abgrenzung zwischen Therapie, Arbeit auf Station und Schule vor.**

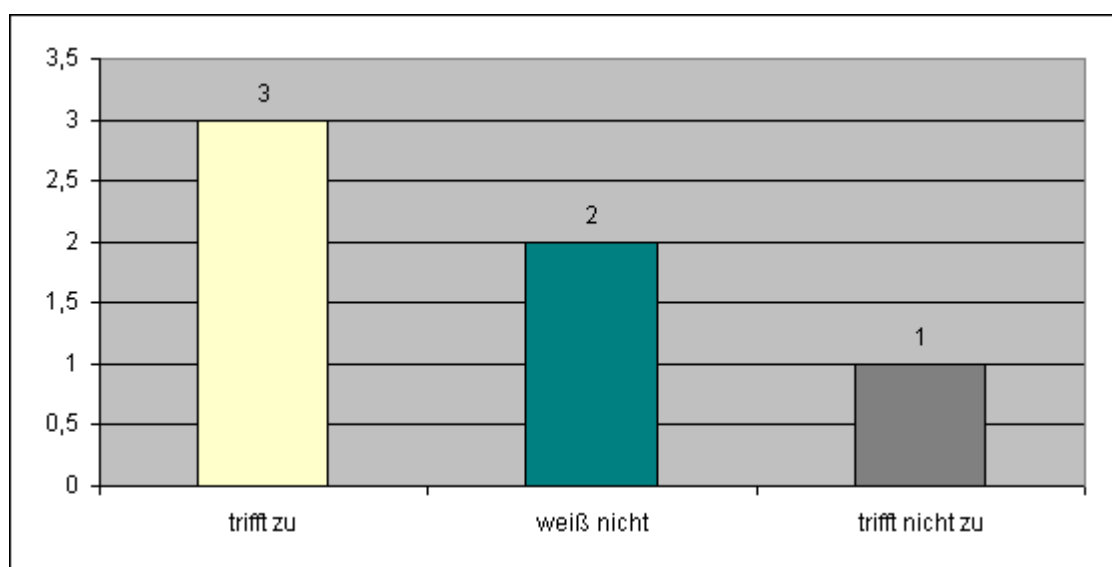
Mögliche Antworten:	völlig	eher	weiß nicht	eher nicht	gar nicht
Gegebene Antworten:	2	4	0	0	0



**2. Umsetzungsformen der interdisziplinären Kooperation**

**1. Sehen Sie neben den gängigen Möglichkeiten des interdisziplinären Austausches (z.B. Fallbesprechungen, Stationsübergabegespräche,...) noch weitere?**

Mögliche Antworten:	trifft zu	weiß nicht	trifft nicht zu
Gegebene Antworten:	3	2	1



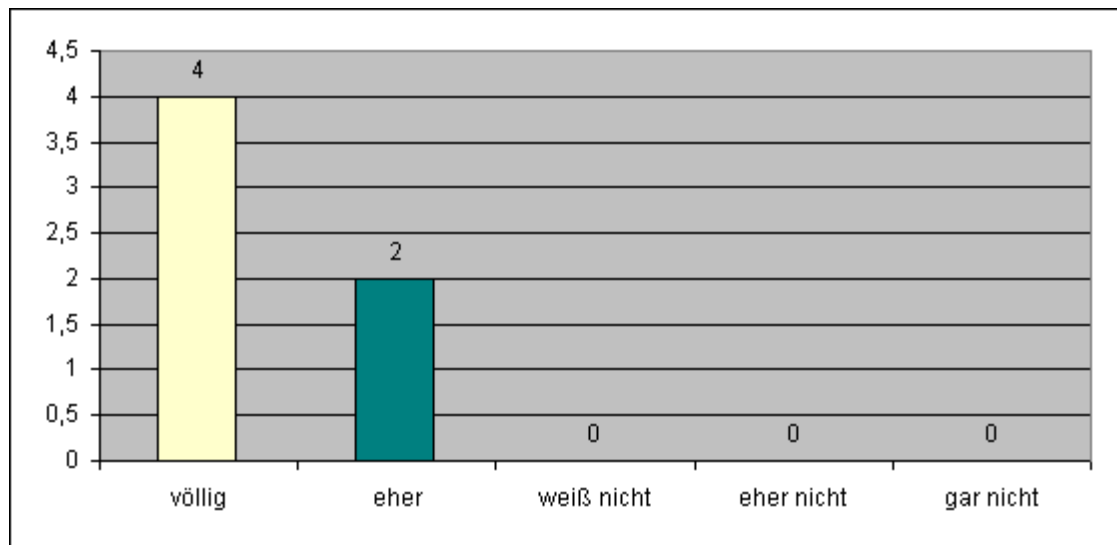
## 2. Wenn Sie "trifft zu" angekreuzt haben: Welche weiteren Möglichkeiten gibt es noch?

Nennungen: interne Fortbildungen; Austausch über die Art der Zusammenarbeit, gegenseitige Erwartungen, Möglichkeiten und Grenzen der gegenseitigen Unterstützung

## 3. Erleben der Teamsitzungen

### 1. Bei den Teamsitzungen fühle ich mich als gleichwertiges Mitglied.

Mögliche Antworten:	völlig	eher	weiß nicht	eher nicht	gar nicht
Gegebene Antworten:	4	2	0	0	0

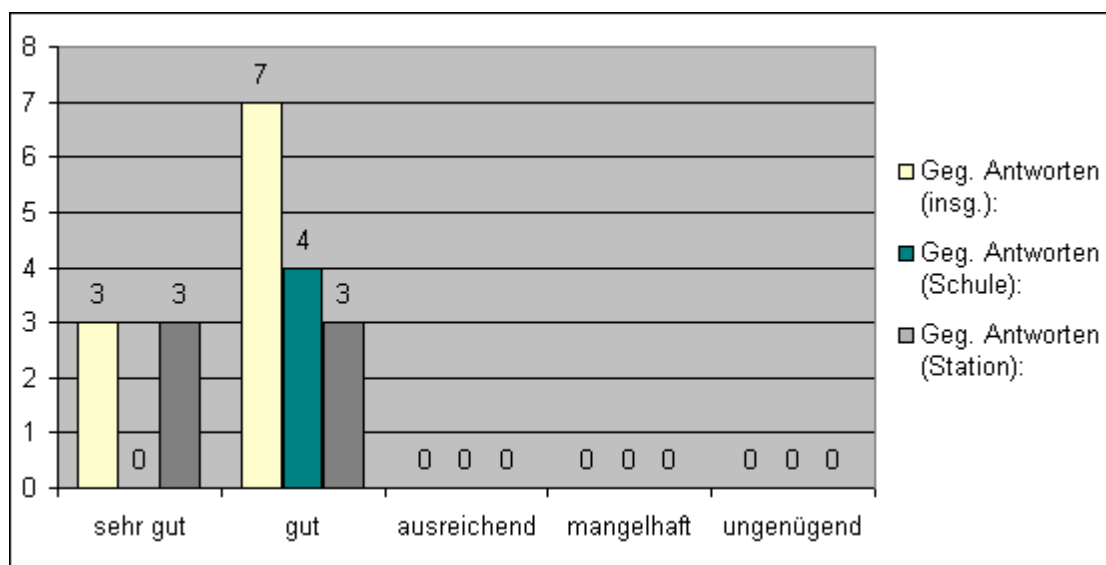


# Gegenüberstellung der Stationsmitarbeiter und der Lehrkräfte der Schule für Kranke

## 1. Beschreibung der interdisziplinären Kooperation

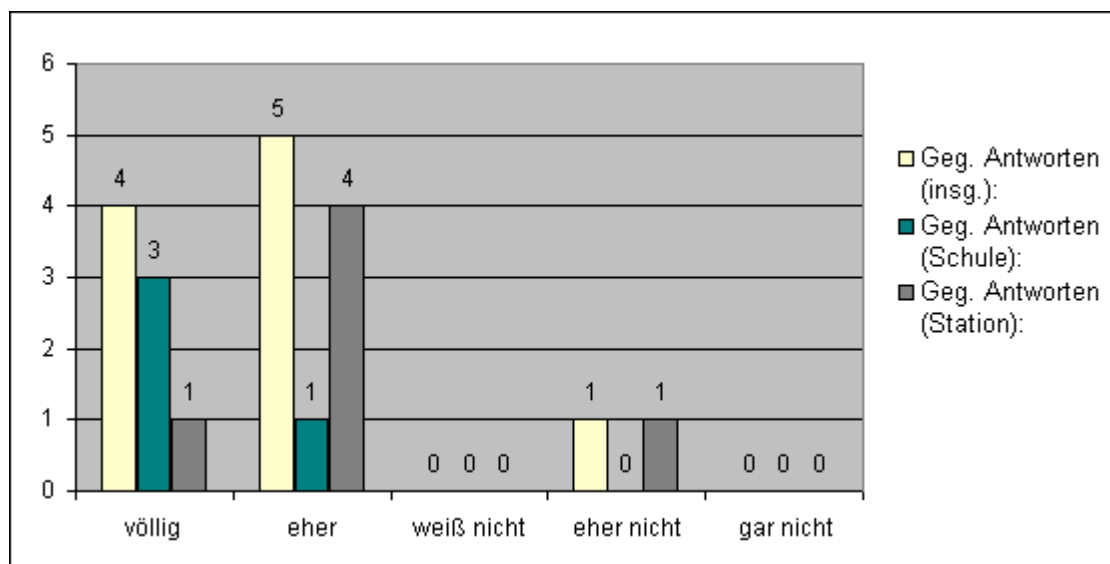
1. Wie würden Sie die allgemeine Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern der Station und der Schule für Kranke bewerten?

Mögliche Antworten:	sehr gut	gut	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Geg. Antworten (insg.):	3	7	0	0	0
Geg. Antworten (Schule):	0	4	0	0	0
Geg. Antworten (Station):	3	3	0	0	0



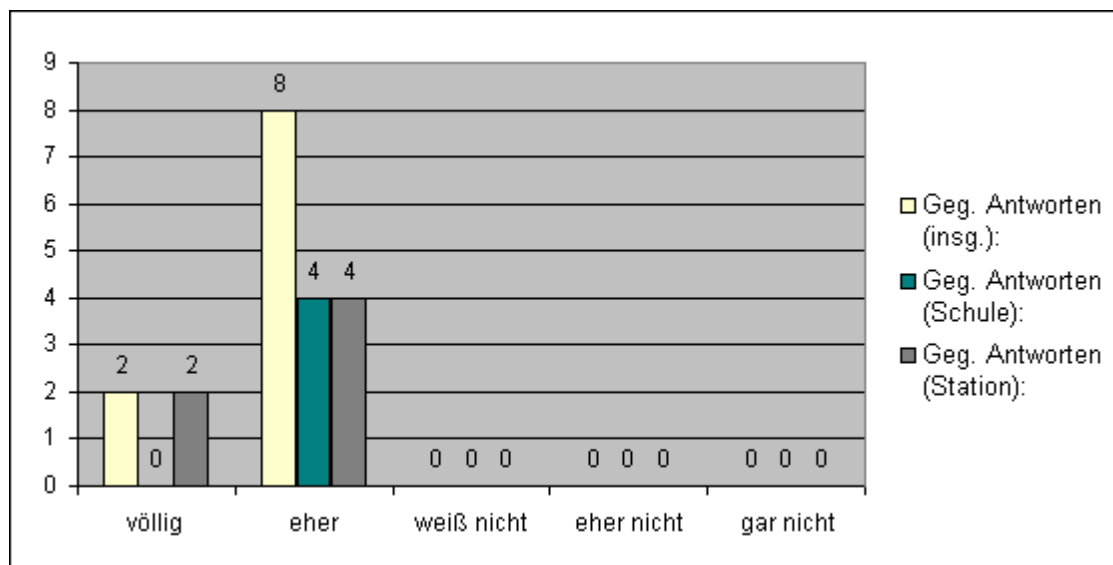
2. Es besteht eine Offenheit aller Fachdisziplinen für Fragen, Austausch,... .

Mögliche Antworten:	völlig	eher	weiß nicht	eher nicht	gar nicht
Geg. Antworten (insg.):	4	5	0	1	0
Geg. Antworten (Schule):	3	1	0	0	0
Geg. Antworten (Station):	1	4	0	1	0



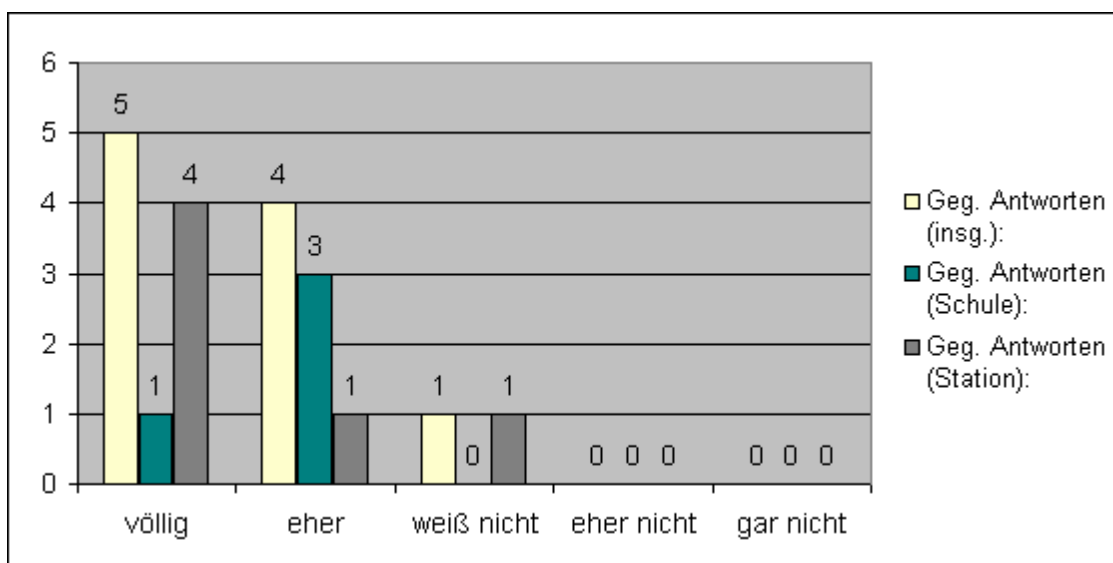
**3. Die Beobachtungen der Stationsmitarbeiter bzw. der Lehrkräfte werden von allen anderen Fachbereichen ausreichend beachtet und in die weitere Arbeit und Zielsetzung mit einbezogen.**

Mögliche Antworten:	völlig	eher	weiß nicht	eher nicht	gar nicht
Geg. Antworten (insg.):	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Geg. Antworten (Schule):	0	4	0	0	0
Geg. Antworten (Station):	2	4	0	0	0



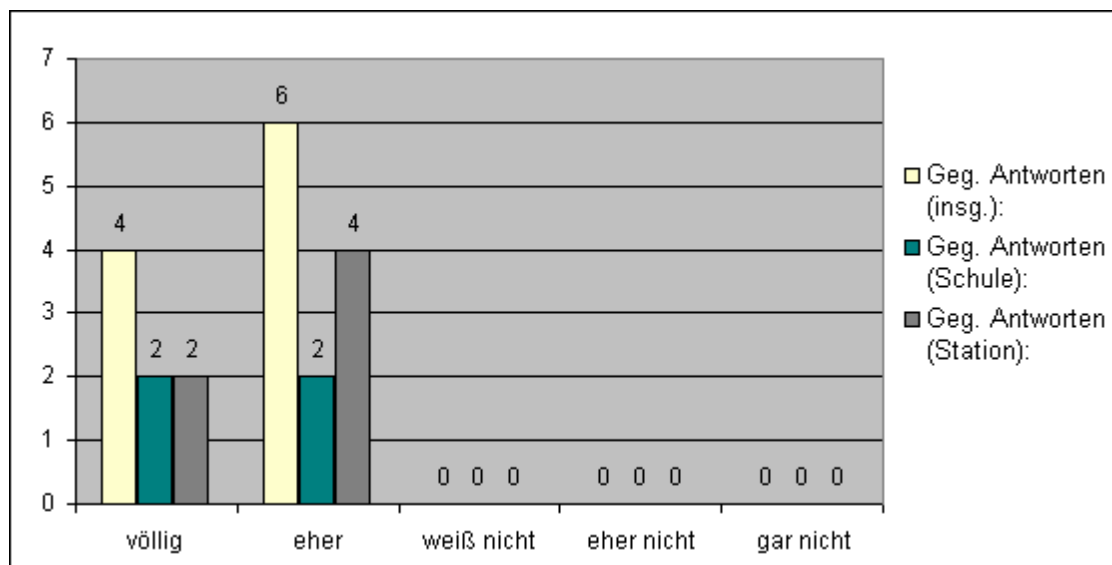
**4. Ich habe das Gefühl, dass sich die Mitarbeiter der Station bzw. die Lehrkräfte der Schule für Kranke auch auf andere Disziplinen einlassen.**

Mögliche Antworten:	völlig	eher	weiß nicht	eher nicht	gar nicht
Geg. Antworten (insg.):	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Geg. Antworten (Schule):	1	3	0	0	0
Geg. Antworten (Station):	4	1	1	0	0



## 5. Es herrscht eine klare Abgrenzung zwischen Therapie, Arbeit auf Station und Schule vor.

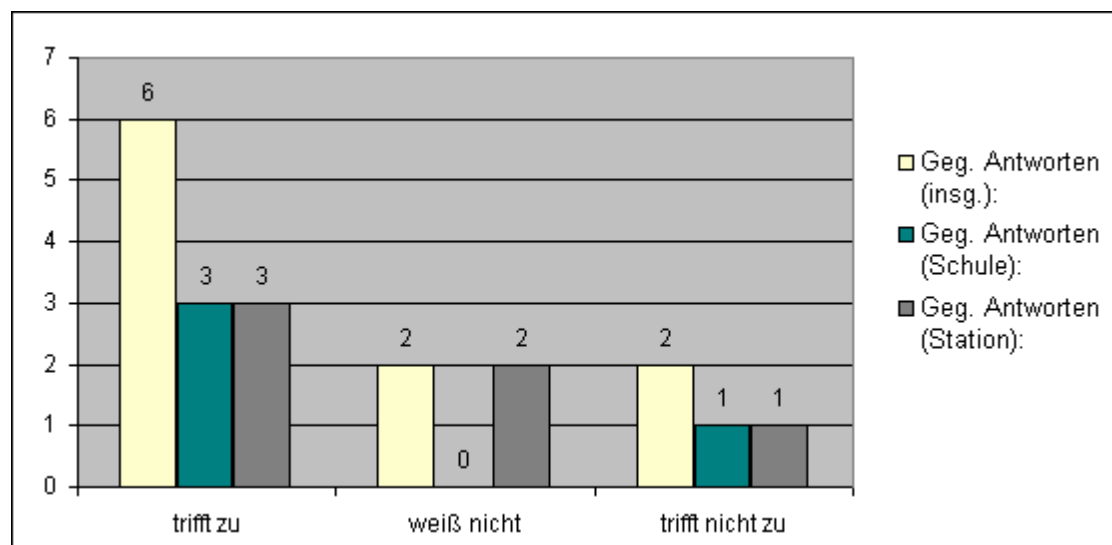
Mögliche Antworten:	völlig	eher	weiß nicht	eher nicht	gar nicht
Geg. Antworten (insg.):	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Geg. Antworten (Schule):	2	2	0	0	0
Geg. Antworten (Station):	2	4	0	0	0



## 2. Umsetzungsformen der interdisziplinären Kooperation

### 1. Sehen Sie neben den gängigen Möglichkeiten des interdisziplinären Austausches (z.B. Fallbesprechungen, Stationsübergabegespräche,...) noch weitere?

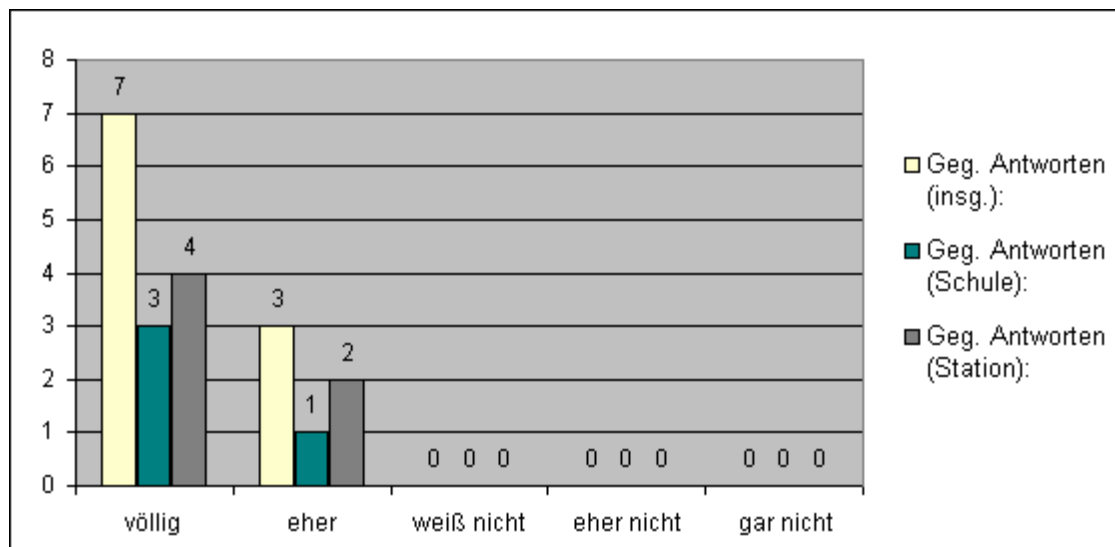
Mögliche Antworten:	trifft zu	weiß nicht	trifft nicht zu
Geg. Antworten (insg.):	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Geg. Antworten (Schule):	3	0	1
Geg. Antworten (Station):	3	2	1



### 3. Erleben der Teamsitzungen

#### 1. Bei den Teamsitzungen fühle ich mich als gleichwertiges Mitglied.

Mögliche Antworten:	völlig	eher	weiß nicht	eher nicht	gar nicht
Geg. Antworten (insg.):	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Geg. Antworten (Schule):	3	1	0	0	0
Geg. Antworten (Station):	4	2	0	0	0





## **Transkriptionen der Interviews**

## **Interview mit einem Lehrer der Schule für Kranke**

vom 05.12.2006

**Anwesenden:      Lehrer der Schule für Kranke (L),  
interviewende Studentin (I)**

I:    „Zuallererst mal die Frage an dich, warum denkst du ist eine Kooperation zwischen der Klinikschule und der Station der Kinder- und Jugendpsychiatrie hier sinnvoll?“

L:    „Auf dem Hintergrund des Krankheitsbildes, weil ich denke, wir arbeiten hier ja anders als mit einem Schüler in der entsprechenden Klasse in der öffentlichen Schule und einfach als Unterstützung als Austausch, weil ich nicht stur meinen Lehrplan mache. Ich merke ja auch, dass gewisse Defizite da sind oder Klärungsbedarf ist und da finde ich es unabdinglich, dass man Kooperation mit der Station hat.“

I:    „Wie kann man die Kooperation direkt hier in der Institution beschreiben? Also was wird hier konkret an Kooperationsmaßnahmen umgesetzt?“

L:    Die gehen auf Schwierigkeiten von uns ein, wenn wir Schwierigkeiten mit einem Schüler haben. Also ich habe das Gefühl, das kann man jederzeit in einer Stationsbesprechung oder in einer Supervision sagen und da kriegt man dann entweder Hinweise oder auch Hilfe angeboten.“

I:    “Und wie offen sind die einzelnen Fachbereiche für solche Nachfragen?“

L:    „Also meiner Erfahrung nach sind die sehr offen. Ich würde zum Beispiel auch, wenn ich jetzt Schwierigkeiten hätte und müsste bis nächste Woche warten, dann würde ich sofort auf Station 1 oder 3 nach dem Unterricht gehen und sagen, das waren die und die Schwierigkeiten und ich bin sicher, dass da jemand ist und mir zuhört, also das ist meine Erfahrung bisher.“

- I: „Wie erlebst du die Atmosphäre in den Teamsitzungen und die Kooperation allgemein?“
- L: „Allgemein erlebe ich die angenehm. In meiner Person als Lehrerin ziehe ich mich dann immer zurück, wenn ich merke, dass mehr Dinge oder Schwierigkeiten auf Station mit den Schülerpatienten besprochen, weil ich denke, die Klinik ist doch in erster Linie der Ort, an dem die Kinder sind, und wir sind an zweiter Stelle.“
- I: „Gibt es da Punkte, woran man das festmachen kann, wie es zu dem angenehmen Gefühl in der Zusammenarbeit mit Station kommt?“
- L: „Also ich habe das Gefühl, dass wir von der Person her und menschlich irgendwie schon mal akzeptiert sind und ich habe auch das Gefühl oder weiß es, dass die unsere Arbeit im allgemeinen schätzen. Und ich glaube auf dieser Basis ist auch ein angenehmer Austausch möglich.“
- I: „Fühlst du dich bei den Teambesprechungen dann auch als gleichwertiges Mitglied?“
- L: „Ich habe gar nicht den Anspruch als gleichwertiges Mitglied gesehen zu werden. Ich sehe mich auf einer anderen Stufe, fühle mich aber da akzeptiert. Also ich habe nicht das Gefühl, dass ich denen im stationären Bereich Dinge sagen muss oder so, ich sehe mich da wirklich auf einer anderen Stufe. Schon der Station untergeordnet, aber da voll akzeptiert in einem anderen Bereich.“
- I: „Dann gibt es für dich da auch kein Gefühl von einem Machtgefälle oder einer Hierarchie?“
- L: „Nein, das habe ich bisher jetzt noch nicht erlebt. Es waren glaube ich ein, zwei Situationen, wo ich das Gefühl hatte, mich rechtfertigen zu müssen, wurde dann aber gut verstanden und zwar ist das meist immer dann der Fall, wenn ein Schüler auf Station, wo er ja wieder Patient ist, wenn über den etwas, was ich gesagt habe auf Station anders ankommt und dann wird

nachgefragt, warum war das so oder so, das findet man nicht so gut. Und das kann dann einmal zu kurzen Problemen führen, das war aber in den letzten sieben Jahren etwa zweimal der Fall, wo ich das Gefühl hatte, ich müsste das wirklich klarstellen.“

I: „Aber das ging dann auch noch gut mit der Rechtfertigung?“

L: „Ja, das ging gut. Das war dann so, dass dann bei diesen zwei Beispielen herauskam, dass die auf Station dann gesagt haben, ja das ist typisch für den Patienten. Auf Station war es nämlich von einer Bezugsperson zur anderen das Gleiche. Und das war dann für mich zum ersten Mal diese Erfahrung und wo das dann aber geklärt war, konnte man wieder anders mit ihm umgehen.“

I: „Und woran machst du es fest, dass du die Sitzungen trotz der Unterordnung als Lehrer als angenehm erlebst?“

L: „Insofern schon, weil die sagen, dass Schule ein fester Punkt im ganzen therapeutischen Setting ist und wenn dieser Punkt wegfallen würde, würde ein wichtiges Glied fehlen und die werden sehr viel mehr beschäftigt. Es kommt ja auch immer wieder das Signal von der Station, warum nur so wenig Unterricht, da müssen wir uns ab und zu mal rechtfertigen, weil wir sagen, das ist unser Bereich. Mit diesen Schülern, die auf einen Schulabschluss oder auf eine Prüfung hingeführt werden sollen, ist es nicht gut, wenn ich eben den ganzen Vormittag fünf verschiedene Klassenstufen zusammen habe, nur dass ich die hier länger unterrichte und die oben auf Station entlastet sind. Das ist ein Punkt, wo man sich ab und zu rechtfertigen muss, aber ich habe auch da das Gefühl, dass es dann akzeptiert wird, wenn wir das richtig begründen.“

I: „Worin siehst du außerdem noch weitere Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit der Station?“

L: „Meist dann, wenn wir unseren pädagogischen Standpunkt vertreten müssen, der vielleicht manchmal von Station aus anders gewünscht wäre. Da kommen einfach verschiedene Interessen auf. Also die sind natürlich froh, wenn die

Jugendlichen relativ lang morgens versorgt sind. Oft sind ja schwierige Leute da und wenn dann davon drei oder vier auf Station sind, dann müsste man für die morgens eigentlich auch ein Konzept ausarbeiten und ich denke, es ist denen natürlich sehr lieb, wenn die dann da in der Schule versorgt sind. Wenn wir das aber nicht nur als Versorgung wahrnehmen wollen, dann gibt es oftmals Schwierigkeiten, das so dann durchzubringen, dass die akzeptieren, o.k. jetzt kann aber in der und der Stunde eben nur die kleine Gruppe oder eventuell auch mal ein Einzelunterricht stattfinden. Da schlucken sie ab und zu mal.“

I: „Und wie wird das dann gelöst, um irgendwelche Unstimmigkeiten zu vermeiden?“

L: „Also wir versuchen dies schulisch zu begründen. Manchmal wird es mit einem Zähneknirschen akzeptiert: ja gut, okay, wenn's halt nicht anders geht. Und mir ist es aber dann immer wichtig, zum Beispiel neulich beim Stationsarzt habe ich das auch angesprochen, dass dies immer wieder neu zu diskutieren und zu hinterfragen ist. Dies soll kein rigides Konzept sein, dass wir generell Zehntklässer eben nur allein oder in Zweiergruppen unterrichten, aber dass wir uns an den Schülern orientieren, was macht der für eine Entwicklung, wenn er jetzt nicht zu einem besonderen Ziel hingeführt werden soll, dass man jederzeit auch praktisch das Anliegen der Station im Kopf hat und auch flexibel sein müssen. Und das sage ich denen auch.“

I: „Und das wird dann auch von beiden Seiten so akzeptiert?“

L: „Ja, das finde ich schon.“

I: „Gut, dann kommen wir mal zur nächsten Frage: ist eine klare Abgrenzung zwischen Therapie und Schule sinnvoll und wenn ja, warum?“

L: „Also ja, doch, das würde ich auf jeden Fall sagen. Die Schule ist ja hier so definiert, dass wir ein Element sind, das von außen kommt, also praktisch die Öffnung nach außen. Wir sollen ein Stück Normalität im Klinikalltag herstellen.

Ich glaube auch, dass das den Schülern sehr gut tut, wenn wir jetzt hier auch noch rumforschen würden, an den persönlichen Schwierigkeiten, dann wäre oft ein Lernen gar nicht möglich. Wenn man aber merkt, es geht ihnen schlecht, dann fragt man nach, bohrt aber nicht, damit sie sich verstanden vorkommen. Aber grundsätzlich finde ich es gut, weil das ist auch ein Raum für sie, wo sie sich am Tage auch einmal auf etwas anderes konzentrieren können.“

I: „Inwiefern spielt dabei auch gerade die Bedeutung des Unterricht für die psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen eine Rolle?“

L: „Oft ist es ja so, dass die Leute schon große Fehlphasen oder Zeiten, wo sie sich nicht konzentrieren können, haben und das meist schon bevor sie hierher kommen. Manchmal ist schon ein halbes Jahr ins Land gegangen, wo sie nicht mehr in die Schule gingen und wenn man hier in der Schule für Kranke garantieren kann, dass wir versuchen in großen Schritten mit Mut zur Lücke das Jahrespensum zu schaffen und eventuell auch garantieren, dass sie praktisch den Anschluss an die Klasse halten können, das entlastet die Schüler zum großen Teil, wenn sie sagen, ich baue da nicht auch noch ab. Unser Ziel ist, sich da wieder einzugliedern, wo deine Klasse steht, wenn es möglich ist. Manchmal zeigt sich auch, dass es nicht geht, aber dann merken sie das meist auch selbst.“

I: „Was könnte die Therapie dann für eine Bedeutung in der Beschulung sehen?“

L: „Ich denke die sehen die Schule als Kontakt zum normalen Alltag, dass die Patienten nicht ganz raus fallen und, was die auch immer wieder betonen, ist, auch eine gewisse Belastbarkeit austesten zu können. Denn wenn die jetzt nur auf Station sind und in den begrenzten Zeiten dort therapiert werden, dann hängen sie morgens mehr oder weniger rum. Um denen auch zu zeigen, so weit bist du belastbar und weiter nicht. Denn ohne die Schule bekommen die das ja gar nicht mit, in welchem Stadium jemand wieder etwas belastbarer ist und so erst wieder überhaupt der Gedanke gefasst werden kann, ob er oder

sie von hier aus schon wieder an die öffentliche Schule gehen kann oder müssen wir noch zwei Monate warten, um einen schrittweisen Übergang hin zu bekommen.“

I: „Wenn du dir vorstellst, dass du an der Entwicklung eines neuen Kooperationskonzeptes zwischen der Klinikschule und der Station beteiligt wärst, was würdest du dabei besonders berücksichtigen oder beachten wollen?“

L: „Ich denke, dass wir trotz allem noch zu sehr in Kleingruppen bis hin zum Einzelunterricht festgelegt sind. Da würde ich ganz gerne nochmals an dem Konzept arbeiten und zwar nicht aus dem Grund, dass die Jugendlichen noch länger weg von der Station sind, sondern um noch mehr den Alltag so zu garantieren. Ich würde es gerne einmal so in einer Halb- oder Vierteljahresphase ausprobieren, dass wir einfach mal versuchen, unseren Stundenplan anders zu organisieren und daraus einmal ein Fazit zu ziehen. Die Schwierigkeit bei uns sehe ich immer nur darin, dass wir uns den Schülern gegenüber zu sehr verpflichtet fühlen, um zu sagen, wir probieren doch einfach mal was aus. Wir sind ja keine Schule die eigene Konzepte schaffen kann und unser Lehr- und Bildungsauftrag muss uns ja immer bewusst sein, wir sind ja praktisch so eine staatliche Schule an einem exotischen Ort, haben aber unseren Lehrauftrag.

Also wenn ich jetzt völlig frei wäre, könnte man sagen, machen wir Projekte mit denen. Und dies ist etwas, um das ich immer kämpfe. Einerseits weil ich das gerne mit ihnen machen würde, andererseits sind sie ja da, um weiter zu kommen.

I: „Was könnten das dann beispielsweise für Projekte sein?“

L: „Von meinen Fächern her (Englisch, Französisch) würde ich gerne einmal mit einem Deutsch-Kollegen oder einem musischen Kollegen was zusammen machen, wie zum Beispiel kleine Theaterprojekte oder Sketche, wo sie einerseits lernen zu agieren, sich darzustellen, etwas aus sich herauszugehen und gleichzeitig die Fremdsprache zu üben. Das geht aber dann schlecht,

wenn ich weiß, ich muss die auf die Realschulprüfung, auf die ZK, oder auf den Hauptschulabschluss vorbereiten, dann ist man eben nicht frei.

Dafür ist das Stundenplanprinzip aber zu rigide, wobei ich dieses gar nicht kritisiere, im Grunde ist es so gewachsen, weil es sich in der Praxis eben so bewährt hat.“



## **Interview mit einem Lehrer der Schule für Kranke**

vom 07.12.2006

**Anwesenden:      Lehrer der Schule für Kranke (L),  
interviewende Studentin (I)**

I:    „Die erste Frage wäre einfach: Für welche Bereiche denken Sie ist eine Kooperation zwischen Schule und Station besonders wichtig und weshalb?“

L:    „Auf jeden Fall das Ziehen an einem Strang, also Verhaltensregeln, die oben auf Station gelten, sollten unten in der Schule auch gelten, wobei die Kinder und Jugendlichen oben natürlich einen anderen Umgang haben, die tun ihre Erzieher auch duzen und sind ja viel persönlicher als wir mit ihnen hier in der Schule, aber trotzdem z.B. dass die Hausaufgaben von oben gut überprüft und gut begleitet werden, dass es ernst genommen wird, was in der Schule gemacht wird und dass da ein Vorbild gezeigt wird. Das Schulische hat auch einen ganz festen Stellenwert. Die Stunde Hausaufgabenbetreuung wird jeden Tag eingehalten.“

I:    „Können Sie da noch vielleicht etwas darüber sagen, was die Schule trotz der Krankheit für eine Bedeutung für die Patienten hat?“

L:    „Also in erster Linie ist es so, dass sie das Gefühl haben sollen, dass hier ein Stück Normalität weiter gehen soll, das wird dann mit Äußerlichkeiten unterstützt, z.B. dass sie dann nicht mit den Hausschuhen kommen, obwohl alles in einem Hause ist, sondern mit Straßenschuhen, mit den Jacken und Schulranzen und dass man hier auch nicht über die Sachen spricht, die oben auf Station gesprochen werden, also persönliche Dinge, Probleme usw. Es ist auch oft so, dass ich sage: ‘Schalter umlegen, Schalter umlegen, hier ist Schule, wenn du etwas anderes besprechen willst, das gehört nicht hierher, das musst du oben besprechen.’ Das ist das Gute. Draußen in der öffentlichen Schule ist das ja ein Satz, den man vom Lehrer nicht hören wollte, im

Gegenteil, da macht man einen Sitzkreis am Montag und dann kommt alles und dann dürfen sie alles erst mal loswerden. Und das nehme ich mir aber raus und sage, das gehört Gott sei Dank jetzt nicht hier rein. Ich bin nicht die Therapeutin. Gott sei Dank haben wir da vor der Tür jemand.“

I: „Dann sehen Sie also eine klare Abgrenzung zwischen Therapie und Schule?“

L: „Therapie und Schule, insofern wie ich es gerade beschrieben habe ja, dass ich jetzt nicht meine, ich müsste die Probleme mit den Kindern bearbeiten. Aber ich finde die ganz enge Zusammenarbeit zwischen Schule und Therapie trotzdem sehr wichtig. Wenn ich z.B. die Schüler einen freien Aufsatz schreiben lasse, der heißt: „ein Tierkind in Not“ und dann schreiben die Kinder ihre Not auf, dann übernehme ich aber nicht die Rolle des Therapeuten und bespreche mit dem Kind den Aufsatz, sondern ich korrigiere ihn dann halt, lass ihn vielleicht auf dem Laptop noch mal schön schreiben und dann kann es aber durchaus mal sein, dass ich den Text mitnehme in die Supervision. Und es war schon oft der Fall, dass man da viel aus dem Text herauslesen konnte. Und auch aus einem freien Aufsatz ist es oft so: was beschäftigt das Kind oder den Jugendlichen? Das, was der Schüler schreibt, ist auch das, was ihn beschäftigt, das spaltet sich ja nicht ab. Und dann gab es halt z.B. Kinder, die haben dann geschrieben, sie haben da Bomben gebastelt und haben die Schule angezündet und die Lehrerin gefesselt und dann noch einen Zeitzünder dran gemacht und dann ist alles explodiert, also da kann man wahnsinnig viel rausholen.“

I: „Aber wo wird dann die Grenze gezogen zwischen `ich bring dies in die Supervision ein - also doch wieder in Therapie - oder ich lass das Ganze jetzt draußen´?“

L: „Also die Trennung von Schule und Therapie ist nur insofern zu verstehen, dass ich nicht therapiere. Aber ich lebe ja nicht im luftleeren Raum, ich habe ja die Kinder und die geben mir Informationen, und diese Informationen belasten mich und die werde ich in der Supervision los. Also das ist mein persönliches Anliegen. Ich brauche ja auch meine Psychohygiene. Was die mir alles

bringen, muss ich ja irgendwann mal wieder loswerden. Also Trennung zwischen Therapie und Schule ist ein wohlgemeintes Postulat, aber es geht gar nicht.“

I: „Wie werden die Kooperationen hier in der Institution konkret umgesetzt, können Sie da ein paar Beispiele nennen, wo es einfach Berührungen gibt?“

L: „Also wir machen jeden Morgen eine zehnminütige Übergabe und am Ende vom Vormittag ist es normalerweise so, dass ich dann auch noch einmal kurz berichte, wie es gelaufen ist. Dann gibt es einmal in der Woche eine 45-minütige Stationsbesprechung, wo das Team zusammensitzt und nur Lehrerthemen besprochen werden, also über Sachen, die wir einbringen oder welche die Station über die Schule wissen will. Dann noch einmal 1 ½ Stunden wöchentlich gemeinsam die Supervision. Zudem dann auch noch solche Dinge wie Mithelfen am Weihnachtsmarkt, bei Festen usw. Dies ist zwar keine berufliche Kooperation, aber es ist auch ein Berührungspunkt, der auch auf jeden Fall das Miteinander stärkt.“

I: „Wie erleben Sie denn die Atmosphäre in den Teambesprechungen?“

L: „Bei uns auf der Station sehr locker und offen. Es ist ein sehr harmonisches Team. Da gibt es ja zwei Psychologen, die Stationsleitung usw. und auch Praktikanten im Anerkennungsjahr, Arbeitserzieher usw. Es ist aber trotzdem eine sehr ausgewogene und gleichberechtigte Atmosphäre.“

I: „Also Sie spüren da eher weniger ein Machtgefälle oder eine Hierarchie?“

L: „Nein, gar nicht.“

I: „Woran können Sie das festmachen, gibt es da ein paar Gesichtspunkte?“

L: „Zum einen weil dies meist auch von den Ärzten ausgeht, die sind sehr jung und offen für Ratschläge auch von anderen, weil sie wissen, die haben viel mehr Berufserfahrung und sind viel länger dort.“

Man hat einfach das Gefühl, jeder ist für einen Rat von einem anderen dankbar. Man hat auch nie das Gefühl, dass wir als Lehrer weniger zu sagen hätten oder dass unsere Beobachtungen weniger wichtig wären, im Gegenteil, die wissen genau, dass wir länger mit den Kindern zusammen sind, und zwar regelmäßig und jeden Tag mindestens drei Stunden. Da kriegt man viel mit, und durch das wechselnde Dienstplangeschehen auf Station haben die ja nicht so eine direkte Kontinuität wie wir und das wird auch honoriert.“

I: „Aber ich habe jetzt auch gehört, dass es hier im Gegensatz zur KiJu2 auch ganz feste Unterrichtszeiten gibt, die nicht durch die Therapie unterbrochen werden. Sehen Sie darin vielleicht auch einen Grund, dass dies die Atmosphäre mit trägt und dadurch einfach ausgewogener ist?“

L: „Das ist dann die Trennung von Therapie und Schule, das hat natürlich ein starkes Gewicht. Wir sind dann die Bezugspersonen vormittags und die Station will dann natürlich wissen, was gibt es da und was läuft da.“

I: „Dann trotzdem noch die Frage: worin sehen Sie die Hauptschwierigkeit in der Zusammenarbeit mit der Klinik? Gibt es da etwas, wo man doch wieder aneinander gerät oder immer wieder seine Standpunkte vertreten muss?“

L: „Das Einzige ist das, dass ich immer wieder sage, kommt doch mal runter in die Schule und hospitiert bei uns, schaut euch die Kinder an wie sie im Unterricht sind und das wird eigentlich nie gemacht. Und das ist das Denken einerseits - `Hilfe Schule` noch von früher und den eigenen Erfahrungen mit Schule - und was andererseits auch ein Stück wirklich wichtig ist, dass die Verquickung manchmal gar nicht gut ist. Da wissen die Kinder nicht, auf wen sollen sie jetzt hören, ist die Bezugsperson von oben jetzt wichtiger oder ist die Lehrerin wichtiger. Ich glaube, das ist für manche der Grund, dass sie sagen, wir lassen das so getrennt, ihr erzählt uns einfach, was in der Schule ist. Und ich hätte es aber immer gern, dass die auch das Verhalten der Kinder in der Schule sehen, weil manche sind hier viel umgänglicher als oben. Und das kriegen die auf Station so nicht mit, das muss ich dann eben alles erzählen.“

I: „Gibt es eine Erklärung dafür, warum die sich so unterschiedlich verhalten?“

L: „Ich denke das ist so, weil die Schule einfach das Offiziellere ist. Das ist nicht der kranke Teil von dem ganzen hier, sondern das ist der gesunde Teil und da kann man auch mal zeigen, dass es doch noch geht, Gott sei Dank. Oben ist es eben wie in der Familie mit Stress und Streit und uns müssen sie Siezen, was auch eine andere Distanz schafft.“

I: „Gibt es bestimmte Voraussetzungen, um hier in der Klinikschule arbeiten zu können, auch was die Kooperation mit der Station angeht?“

L: „Gute Nerven und dass man sich gute Möglichkeiten schafft, sich nicht auffressen zu lassen, sondern Gelassenheit zu bewahren, weil so viel auf einen einströmt. Dass man so genannte Psycho-Hygiene wirklich betreibt, abschaltet, dann viel Erfahrung - leider Gottes ist dies auch immer der Punkt dass man sagt, eigentlich dürfte man keine Berufsanfänger hier einstellen sondern eher Leute mit sowohl Lebens- als auch Berufserfahrung - und dann eine gewisse Einsicht, dass Schule nicht nur Wissensvermittlung ist, sondern dass Schule sehr viel mit spontanem und momentanem Reagieren auf Situationen zu tun hat, mit vielen Antennen, ohne sich dabei zu verzetteln.“

I: „Und gibt es auch spezielle Voraussetzungen für die Kooperation mit der Station?“

L: „Ach so ja, ein gesundes Selbstbewusstsein, weil man auch an diesen oder jenen Arzt geraten kann, der auch versucht seine Macht auszuspielen. Man muss also hin stehen können.“

I: Dann kommen wir auch schon zur Abschlussfrage: Stellen Sie sich vor, sie wären am Aufbau eines neuen Kooperationskonzeptes zwischen Schule und Station beteiligt, was würden sie dabei besonders berücksichtigen oder beachten wollen?“

L: „...Hm... das ist eine gute Frage. Vielleicht mehr Öffnung von offizieller Seite, mehr ganz konkrete gemeinsame Besprechungszeiten und nicht nur von der Stationsleitung und dem, der gerade Dienst hat, sondern vom Stationsarzt, Oberarzt, Chefarzt und Schulleiter, dass man sich da konzeptuell immer wieder trifft und dass da nicht alles so vor sich hinplätschert. Dass z.B. auch ganz klar die Anforderung von der Klinik an die Schule kommt, Übergabezeiten als Arbeitszeiten des Lehrers zu betrachten, wie dies auch auf Station der Fall ist, und nichts zusätzliches. Weil das zum Arbeitsbereich des Kliniklehrers gehört. Aber so etwas ist bis jetzt noch gar nicht zur Diskussion gestanden. Wir haben zwar ein kurzes vierteljährliches Treffen mit dem Chefarzt der Klinik, dieses dient aber meist nur der Kontaktpflege und beinhaltet vorwiegend organisatorische sowie finanzielle, jedoch keinerlei inhaltliche Angelegenheiten.“

## **Interview mit einem Lehrer der Schule für Kranke**

vom 11.12.2006

**Anwesenden:      Lehrer der Schule für Kranke (L),  
interviewende Studentin (I)**

I:      „Für welche Bereiche denkst du ist eine Kooperation zwischen der Klinikschule und der Station sinnvoll und warum?“

L:      „Da sind einfach die schulinternen und –externen Bereiche mit angesprochen, also Kooperation generell intern zwischen der Schule für Kranke also der Schulleiter mit der Klinik und den ganzen anderen Berufsgruppen, die mit den Kindern und Jugendlichen zu tun haben. Kooperation weiter gefasst mit den Heimatschulen der Schülerpatienten, mit den Eltern der Schülerpatienten und mit den zuständigen Ämtern und Behörden über die Sozialarbeit. Das hängt ja alles zusammen [*Unterbrechung: Telefonat*].

Klinikintern natürlich mit allen Personen, die direkt am Schülerpatienten arbeiten oder mit dem Schüler zu tun haben. Und dann der externe Bereich: das sind alle Kontakte nach außen hin mit den Heimatschulen, den Eltern, mit den zuständigen Ämtern wenn es um Nachsorgeeinrichtungen geht, über die Kontaktperson des Sozialarbeiters. Wenn beispielsweise eine passende Nachsorgeeinrichtung für einen Jugendlichen gefunden wird und die haben eine angegliederte Schule, dann werden auch unsere Schulberichte extra für das Jugendamt verfasst und dann gehen auch unsere Schulberichte an die nachsorgende Schuleinrichtung, damit die wissen was gemacht wurde und was man machen kann in diesem ganzen Bereich. Das sind soweit alle Bereiche die wichtig wären. Also bei den Heimatschulen sind nicht nur die Klassen, sondern auch die Lehrer und das Kollegium gemeint.

I:      „Welche Bedeutung siehst du in der Beschulung der erkrankten Kinder und Jugendlichen?“

- L: „Ich versuche es mal auf einen Nenner zurückzuführen: schulisch gedacht ist, dass man es für die Kooperation ermöglichen muss, den Schülerpatienten eine Schulbiografie zu ermöglichen. Dass also die schulische Seite betreut, berät und verändert und wir zu einer erfolgreichen Schulbiografie beitragen. Dabei gehört alles dazu, die Schullaufbahnberatungen und die Möglichkeit, Abschlüsse zu machen oder die Nachsorgeeinrichtungen der nachfolgenden Schulen zu informieren, damit der Schüler eine nahtlose Schulbiografie aufweisen kann und möglichst auch eine erfolgreiche, d.h. zu irgendeinem Zeitpunkt zu einem Schulabschluss, welcher Art auch immer, gelangt. Und um all diesen ganzen schulischen Kontext kümmern wir uns, das gehört zu unserem Aufgabengebiet.“
- I: „Wie wird die interne Kooperation dabei jeweils umgesetzt, was gibt es da für konkrete Berührungspunkte?“
- L: „Dies betrifft die Stationsmitarbeiter direkt, also das Betreuungs- oder Pflegepersonal, dies sind die Bezugspersonen, die zum Teil besser Bescheid wissen als alle, die auf der Station tätig sind, dann die betreuenden Ärzte und Psychologen, die Körper- und Physiotherapeuten, mit denen wir in Absprache stehen, dann mit den Schulsozialarbeitern, den Schülern selber, dann mit den Eltern in gemeinsamen Elterngesprächen mit Station und dann kommen wir als Schule mit dazu. Oder die Station lädt bewusst direkt zum Elterngespräch ein, wobei die Schule dann das Hauptthema ist, damit die Eltern informiert sind. Dies ist der eigentliche interne Kreis.
- Konkrete Berührungspunkte sind dabei die Übergaben und die Supervisionen, dies sind festgelegte Termine, wo konkret nachgefragt werden kann oder wir konkret berichten, je nachdem wer ein Anliegen hat, um da einen Austausch zu erlangen. Hintergrund ist, dass es der optimale Fall wäre, dass die direkt am Schülerpatienten Arbeitenden immer auch auf dem aktuellen schulischen Entwicklungsstand des Schülerpatienten sind. Optimalfall sage ich deshalb, weil es schwierig ist, alle immer gleich zu informieren. Also die offiziellen Termine sind da die Supervisionen und die Übergaben, die Elterngespräche, wo dann die Zielsetzungen, die schulisch gefasst wurden auf der Grundlage der Therapie den Eltern mitgeteilt werden oder generell es die Station sich zur



Aufgabe macht, die Eltern in Gesprächen darauf vorzubereiten, dass es vielleicht mit dem Kind schulisch auch weiter gehen könnte, wie es weitergehen könnte oder anders weitergehen könnte, dass die Stationsmitarbeiter, die Ärzte, die Psychologen auch wenn es ein Anliegen ist, die Eltern da psychisch zu betreuen, zu begleiten und zu der Erkenntnis zu bringen, dass sie das akzeptieren und einsehen können usw. Also das sind feste Berührungspunkte: die Elterngespräche, Übergaben und Supervisionen, die schulischen Gespräche in der Schule, wo wir dann sagen, dies und jenes ist für den Schüler angedacht, das muss man gemeinsam thematisieren und zwar gemeinsam mit therapeutischer und schulischer Zielsetzung, d.h. manchmal kommen auch die Bezugspersonen oder die Ärzte und Psychologen mit dem Schülerpatienten zu uns in die Schule runter und wir thematisieren dann das schulische Thema und die begleiten und betreuen das. Weil es ist wichtig, dass die Therapie und die Schule als Raum und Aufgabenfeld abgegrenzt ist, aber die Zielsetzung kann nur gemeinsam erreicht werden, d.h. aufgrund der therapeutischen Zielsetzung entscheiden wir über die schulische Zielsetzung und dem Rahmen, was möglich oder nicht möglich ist. Da sind die engen Absprachen einfach das A und O. Was nicht fest institutionalisiert ist, sind zusätzlich die ganzen Stationstermine oder Übergaben, die vielen informellen Gespräche über den ganzen Tag, Telefonate, Besuche auf den Stationen wie die morgendliche Übergabe, dass morgens, bevor die Schule losgeht die Lehrperson auf die Station geht und fragt, gibt es etwas Besonderes bei irgendeinem Schüler, muss man irgendetwas beachten, muss er begleitet werden oder nicht, wie ist er gestern aus der Klassenarbeit zurückgekommen usw. Also es gibt diese morgendliche Absprache vor dem Unterricht, tagsüber wenn Besonderheiten auftreten Telefonate und nach Unterrichtsschluss eben die Dinge, die tagtäglich geklärt werden müssen, wo man sich gegenseitig einfach anruft und spricht, man spontan auf Station geht, unterhält usw. Dieses ganze informelle, was wie ich finde, den größeren Teil ausmacht als diese anderen drei festen Termine.“

- I: „Wie erlebst du die gemeinsamen Teambesprechungen oder wie könntest du die Atmosphäre dort beschreiben?“

L: „Ich erlebe die Atmosphäre als sehr vertrauensvoll, sehr zielorientiert – nicht im Sinne von dem was wir wollen, sondern für den einzelnen Patienten, dass sich alle überlegen, was ist mit ihm a) therapeutisch los und b) was für Rückmeldungen kommen aus der Schule. Ich erlebe es als wichtig für die Stationen zu erfahren, wie wir die Patienten im schulischen Kontext wahrnehmen, weil sich das oft überhaupt nicht überschneidet, weil es oft sein kann, dass die sich schulisch so verhalten und therapeutisch komplett anders, dass die eine wichtige Rückmeldung kriegen, weil man auch die Rückmeldung kriegt, wenn es sich überlagert, d.h. wenn die Schülerpatienten in der Schule Konflikte austragen, die eigentlich auf Station gehören und da die Grenzen nicht klar kriegen.

Ich finde es ist eine sehr produktive Atmosphäre, dass alle gemeinsam im Sinne des Patienten oder Schülers überlegen, was ist eine sinnvolle Zielperspektive, was kann man tun und was kann jeder in seinem Aufgabengebiet erledigen. Dies ist ein sehr produktiver Austausch und ein sehr vertrauensvoller Austausch und eben – ich finde sehr zielgerichtet. Dass wirklich auch Entscheidungen getroffen werden und dem Lehrer auch Handreichungen gegeben werden: wie ist es auf Station, wie ist es bei euch. Oder die Lehrer nachfragen was kann ich denn tun, er verhält sich bei mir so, woher kommt das, ich will das verstehen, ob man in die Störungsbilder besser eindringen kann, wo man dann einfach auch für sich selbst als Lehrer auch Verhaltensregeln oder Anhaltspunkte herausziehen kann, um sich dem Schüler gegenüber adäquat verhalten zu können und gemeinsam etwas zu bewegen. Ich denke, das ist eine wichtige Sache in den Übergaben oder Supervisionen.

Und dann erlebe ich es noch so, dass beide Seiten eigentlich bereit sind mit dem anderen zu arbeiten. Und es ist kein Gegeneinander, sondern ein Miteinander. Selbst wenn es – die persönliche Ebene sollte sowieso ganz draußen sein – auf der inhaltlichen Ebene unterschiedliche Ansätze gibt, also die Therapie will das und die psychische Krankheit zwingt einem dieses auf und die Schule denkt aber dieses müsse so gehen, dann ist es auf der inhaltlichen Ebene ein Miteinander-Überlegen und nicht ein Gegeneinander. Also ich habe es noch nicht erlebt, dass Station etwas durchboxen und durchsetzen will, von dem die Schule nicht überzeugt ist und was

kontraproduktiv für die Beschulung wäre. Man tauscht sich zwar aus und muss diskutieren, aber man kann auch nicht immer einer Meinung sein und man muss schulische Regeln und Zielsetzungen trotzdem durchboxen und einhalten, z.B. das Pünktlichkommen, das regelmäßige Erscheinen, egal ob nun Station sagt, der kann doch nicht usw. Da sind die Zielsetzungen von den Rahmenbedingungen oft andere. Aber es ist kein Gegeneinander nach dem Motto, wenn ihr Station das jetzt nicht hinkriegt, dass der pünktlich kommt, dann machen wir das soundso, sondern es ist ein Miteinander und dann versucht man eben einen Kompromiss zu finden, wie man weitergehen kann.“

I: „Fühlst du trotzdem eine Art Hierarchie oder Machtgefälle in den Teambesprechungen mit den anderen Disziplinen?“

L: „Da muss man sehr stark unterscheiden zwischen der Schule und den Stationen. Die Struktur der Station und der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist sehr hierarchisch: vom Chef der Klinik, der Pflegedienstleitung, über die Stationsmitarbeiter, die Ärzte und Psychologen usw. Die haben eine ganz starke hierarchische Struktur, was in der Medizin allgemein so ist.

Wir in der Schule haben das nicht so. Eine Schule mit Rektor und Konrektor und als Kollegen haben eine nicht so starke hierarchische Struktur, sondern es basiert viel auf Eigenverantwortung und Selbstständigkeit im Lehrerberuf wie an sich auch, was mit viel Freiheit, aber auch mit sehr viel Arbeit verbunden ist. Das heißt wir können uns gar nicht hierarchisch fühlen im System der Klinik und der Klinikangestellten, weil wir keine Klinikangestellten sind. Also selbst wenn in Stationsbesprechungen oder in dem klinischen Personalkontext hierarchische Strukturen vorherrschen, fügen wir uns als Lehrer da gar nicht ein, sondern wir stehen da außen vor. Und es ist noch nie die Rede gewesen, ob wir uns als Lehrer in irgendeiner Weise wem auch immer unterordnen müssen oder sollen. So ein Stück weit arbeiten wir da völlig autonom in dieser Hierarchie.

Es kann aber vorkommen, dass es schwierig wird, wenn man als Schule etwas möchte und man die Idee hat, und es dann an der falschen Stelle im klinischen Rahmen abspricht, wie das mit dem Stundenplan zum Beispiel oder das mit dem Internet war. Da kannst du noch so viel auf Station mit den

Mitarbeitern etwas abchecken, oder mit dem Arzt und Psychologen, und es ist okay. Aber eigentlich ist die Hierarchie eins höher und du hättest zur Pflegedienstleitung gehen müssen, weil die auf Station sind nun mal hierarchisch organisiert und da hat die Pflegedienstleitung zu sagen, welche Arbeitsregeln auf Station gelten. Und dann wird es eben da schwierig, wenn man dann als autonome Lehrperson da steht, um dann da die richtige Stelle zu finden, um herauszubekommen, wer ist denn da im klinischen Kontext zuständig, und wer hat wem was zu sagen.“

I: „Siehst du außerdem noch weitere Schwierigkeiten oder Haupttreibepunkte in der Zusammenarbeit mit der Station bzw. Klinik?“

L: „Eine Schwierigkeit ist sicher der Informationsfluss, dass so viele Menschen an dem einen Schülerpatient auf Station beteiligt sind und daher niemals einer immer alles weiß, und dass wenn wir eine Information von Schule auf Station weitergeben, man sich nicht sicher sein kann, dass diese alle kriegen und dass die bei allen, für die diese Information wichtig wäre auch ankommt. Das heißt oftmals ist es so, du sagst etwas und bittest darum etwas mitzuteilen und am nächsten Tag stellst du fest, es hat nicht geklappt, weil es nicht weitergegeben wurde und weil der jetzt z.B. im Urlaub ist, der hat das dem nicht mehr sagen können usw. Und dann entstehen eben diese ganzen Abspracheprobleme. Also der Informationsfluss stationsintern ist schwierig und nicht weil die das nicht wollen und weil es ein bewusster Prozess ist, sondern weil es so viele Leute sind und weil man nicht vergessen darf, dass deren Hauptgeschäft eben nicht die Schule ist, sondern das ist unser Geschäft. Die haben dann den lieben langen Tag etwas anderes zu tun, so dass dann wenn eine Information von der Schule kommt, die nicht zwangsläufig die erste Priorität hat. Wobei es natürlich manche Informationen gibt, die haben absolute Priorität, wie zum Beispiel: „Was ist jetzt morgen mit F. und seinem Schulversuch? Fängt der jetzt morgen an oder nicht?“ Und die Information, die wären dann auch sofort in aller Munde. Aber so eine Information wie „Ich bin morgen die erste Stunde nicht da, schickt die erst zur zweiten runter“, die kann verloren gehen. Und da darf man sich dann auch nicht verrückt machen lassen, sondern es ist Stationsverantwortung dafür zu

sorgen, dass die Schüler geweckt werden usw. Es ist aber schulische Verantwortung dies so oft zu sagen, bis die es dann verstanden haben und alle es auch wissen. Also die Informationen immer wieder einzubringen und zimal die gleiche Information zu geben, das ist schon auch schulische Aufgabe in meinem Job als Lehrer, dass wir dafür sorgen, dass es umgesetzt wird. Und das ist eben so ein Punkt, der da schwierig ist mit dem Schlagwort Informationsfluss.

Dazu gehört aber auch der schulinterne Informationsfluss. Der ist eigentlich allgemein gut, da gab es noch keine Situation, wo etwas zwischen den Lehrern nicht weitergeleitet wurde, aber es ist eben auch da viel Arbeit, da es so viele verschiedene Lehrer gibt, die an so vielen verschiedenen Tagen nur da sind, und so ist man auch da den lieben langen Tag oft am Reden. Dazu muss man einen guten Überblick haben, um zu wissen, wem muss ich bis wann welche Informationen geben....

Eine weitere Schwierigkeit ist die Bedeutung der Schule. Es ist immer wieder schwierig klar zu machen, dass wir nicht beschulen, um Beschäftigungstherapie zu liefern. Es kommt so gut wie bei jedem neu aufgenommenen Patienten als erstes die Frage: wann kriegt er jetzt Schule (völlig berechtigt) und dann immer wieder die Frage: ja, der kann doch nicht den ganzen Vormittag hier rum sitzen, dann nimmt ihn halt irgendwie – dann soll er halt irgendetwas machen. Und da muss man halt wöchentlich immer wieder bei jeder Neuaufnahme ganz klar sagen, die schulische Richtlinie ist, dass man nicht jedem Schüler bzw. Patienten nicht irgendeinen Unterricht irgendwann gibt nur damit er den Vormittag über beschäftigt ist. Das machen wir nicht. Also ganz klare schulische Zielsetzung ist: es muss eine Zielperspektive geben, warum Unterricht, welchen Unterricht und mit welchem Hintergrund. Und nicht damit der Schüler beschäftigt ist – nein. Das ist die Schwierigkeit. Bei der Station ist es klar: die sind auf Station – die tun nichts, man muss die beschäftigen, warum kriegen die keine Schule. Wir beschulen aber eigentlich erst dann, wenn klar ist, warum beschule ich den, mit welchem Ziel beschule ich den und was bringt es dem Schüler. Und das hat mehrere Gründe. Der eine Grund ist: es muss dem Schüler gegenüber gerechtfertigt sein, warum bekommt er Unterricht, wofür lernt er das, was bekommt er hinterher. Also er braucht das Halbjahreszeugnis, er braucht die Fächer, er

kriegt die Noten und dann kriegt er ein Zeugnis und hat dann die Versetzung. Dies ist eine schulische Perspektive. Oder er macht das BVJ. Er muss so schnell wie möglich einen Schulabschluss machen, wir bereiten ihn auf den Schulabschluss vor. Das ist die Perspektive.

Aber der andere Grund ist auch noch für den Lehrer eine Zielsetzung. Ich unterrichte nicht irgendwie irgendwas, dann wäre ich Nachhilfelehrer. Also ich mache keine Nachhilfe, ich mache Unterricht und mein Unterricht hat auch Sinn, Inhalt und auch eine Zielsetzung. Ich unterrichte im Normalfall die adäquate Klassenstufe mit den nach Bildungsgang und Bildungsplan orientierten Lehrplaninhalten mit der Zielsetzung, dass die Schüler diese Lehrplaninhalte der entsprechenden Klassenstufe auch gelernt haben. Also auch für meine eigene Arbeit ist es auch eine Zielsetzung, was ich unterrichte, warum und wen und wie viel. Und sonst wäre ich Nachhilfelehrer und würde halt irgendwas, irgendwie und irgendwann machen um diese zu beschäftigen. Und diese Einstellung von schulischer Seite muss man immer wieder auf Station vertreten. Und dies liegt auch wieder nicht daran, dass sie böswillig sind und dies nicht verstehen wollen und nicht kapieren, sondern weil das Personal oft wechselt, nicht alle immer alles mitkriegen und dass es nicht gedankliche Priorität auf Station ist. Gedankliche Priorität auf Station ist: die müssen was tun, die können nicht den ganzen Tag auf Station rumhängen. Die sinnvolle Lösung ist also die Schule. Unsere Aufgabe ist es immer wieder hin zu stehen und zu sagen: Schule ja, natürlich, jeder kriegt bei uns ein schulisches Angebot, das ist nicht die Frage, aber mit welcher Zielrichtung das schulische Angebot gesetzt wird, da muss man sich darüber unterhalten und nicht einfach nur so als schulische Beschäftigungstherapie – nein. Die Zielrichtung kann ganz unterschiedlich aussehen. Wir haben z.B. schon Schüler beschult, wo ganz klar war, die gehören in keine wirkliche Klasse rein, die haben einen Abschluss oder haben keinen Abschluss, die können aber jetzt auch keinen machen, weil sie zu krank sind, die beschulen wir trotzdem, aber dann definieren wir erst mal eine Zielsetzung. Die kann sein, dass man sagt, in den Hauptfächern Kulturtechniken und dem Grunderwerb unterrichten wir dich, dass du schulisches Lernen nicht vergisst und dass du überhaupt wieder an die Fähigkeit herangeführt wirst, lernen zu können. Das kann auch eine Zielsetzung sein.

Aber es muss eine definiert sein, und zwar eine sinnvolle, eine, die dem Lehrer und dem Schüler hinterher was bringt.“

I: „Gibt es zwischen Therapie und Schule eine klare Abgrenzung und wenn ja, warum?“

L: „Die Abgrenzung ist sehr sinnvoll. Das beschreibt dieses Realitätsmoment, weil Schule die Realität abbilden soll, d.h. die Arbeit oder der Job eines Jugendlichen oder Kindes im Alter bis zu 18 Jahren ist die Schule. Das ist deren Job oder Tätigkeit. Und draußen sieht die Schulrealität ein bisschen anders aus, Klassengröße usw., aber auch hier in der Klinik ist die Schule Realität. Wir sind eine öffentliche Schule, wir unterrichten nach den entsprechenden Bildungsplänen usw. und die Patienten müssen als Schüler verstehen und wahrnehmen können: Schule ist trotzdem Schule, ist die Realität und hat erst mal nichts mit meiner Therapie oder meiner psychischen Erkrankung zu tun. Auch für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche ist Schule nun mal Schule.

Also Schule bedeutet einfach Lebensrealität, eine Verbindung nach außen zur Realität. Wenn die voll stationär aufgenommen sind, gibt es außer der Schule sonst nichts, was nach außen eine Verbindung, eine Art Nabelschnur, darstellen könnte. Diese Realitätsbewahrung und der Kontakt nach außen sind dabei der Grundgedanke.

Warum die Abgrenzung zudem so wichtig ist, zeigt sich darin, dass die Schüler den Schulalltag nicht mit dem Therapiealltag vermischen und dass sie die Personen und Tätigkeiten auch innerlich trennen können. Also dass es vom Rollenverständnis der Personen auch klar ist: dies ist meine Lehrerin, bei der mache ich Mathe/Deutsch/Englisch, da gibt es Unterricht, Hausaufgaben, da gibt es Klassenarbeiten. Da geht es nicht um mein Inneres, um meine Störung, um meine Krankheit und was ich gerade nicht kann. Und in Abgrenzung zur Station als adaptiertes familiäres Umfeld und meinem Zuhause für diese Zeit, geht es um andere Dinge. Dass die Patienten die inhaltliche Trennung hinkriegen - in welchem Bereich geht es um was - und dass sie die personelle Trennung hinkriegen - welche Personen sind für was zuständig - spielt dabei eine wichtige Rolle.

Ganz wichtig ist, dass die Schule für die Patienten, wenn sie als Schüler in die Schule kommen, eine Entlastung und einen Gegenpol zur Therapie bietet. In der Schule wird eben gelernt. Da wird nicht an ihrem Inneren herumdiskutiert und gefragt, da müssen sie sich nicht sozusagen outen, sich mit ihrer Krankheit beschäftigen, es wird nicht gebohrt, es wird nicht nachgefragt, also diese ganzen auch unangenehmen und schwer zu ertragenden Handlungen, die bei der Therapie immanent sind, die fallen in der Schule weg, d.h. in der Schule können sie einfach nur Schüler sein. Dort müssen sie die realen Handlungen eines Schülers einfach durchleben und müssen nicht Angst haben, dass die Lehrerin auch noch fragt: "Wieso, weshalb, warum....." und an meiner Erkrankung rum macht, was ein Stück weit auch Entstigmatisierung bedeutet. Viele Schüler sagen auch immer wieder, dass sie die Stunden und den Raum als enorme Entlastung erleben, wo sie sich nicht als psychisch kranken Menschen erleben, sondern wo es eben Schule ist.

Insgesamt muss ich als Lehrer also um alles wissen, aber ich muss auch ganz klar wissen, welcher Bereich dann davon meine Aufgabe ist und dabei muss man aufpassen. Also am besten ist es, wenn ich therapeutisch weiß, was mit dem los ist, wenn ich von der Krankheit etwas weiß, wenn ich weiß, was die aktuellen tagtäglichen Situationen, Problematiken, Ereignisse auf Station sind, wenn ich weiß, was der Arzt sagt, wenn ich weiß, was die Körper- oder der Physiotherapeut macht und wie der da reagiert, wenn ich weiß, was die Heimatschule von dem gehalten hat, bevor er herkam, wo es da ausgehakt ist usw., also dieses gesamte Netzwerk. Wenn ich zu jedem der Bereiche diese Informationen habe und auch weiterverfolge – es ist ja nicht eine Ist-Aufnahme, sondern ein Prozess, das ist immer eine Entwicklung, die sich aufzeigt – und die muss ich bei mir im Kopf auch ab und zu aktualisieren, damit ich durch viele Gespräche immer auf dem neuesten Stand bin, und aus diesem ganzen Netzwerk an Informationen dann diese herausziehe, die in meiner Rolle als Lehrer, in meinem Aufgabenbereich und der Bedeutung für den Unterricht ausschlaggebend sind.

Also es ist meine Aufgabe, den Schulversuch an einer externen Schule beispielsweise anzubahnen, es ist meine Aufgabe mit dem dorthin zu gehen, das schulisch zu organisieren und zu begleiten. Es ist aber nicht meine Aufgabe, die psychischen Auswirkungen, Ängste und Beweggründe, wie dass



er oder sie sich wieder geschnitten hat aufgrund dieses angebahnten Schulversuches therapeutisch mit ihm aufzuarbeiten. Ich muss alle informieren, ich muss wissen, wie es ihm geht, ich muss auch die Rückmeldung auf Station geben, wie er sich in dem Gespräch an der Schule verhalten hat und wenn ich denke, dass er Sorge mit diesem Versuch hat. Dann ist es aber Aufgabe des Psychologen mit ihm daran zu arbeiten. Da muss man einfach schauen, wo fängt der Aufgabenbereich an und wo hört er auf, das ist wichtig.

Aber: ohne Kooperation geht es nicht!

I: „Wenn du dir vorstellst, du wärst am Aufbau oder der Entwicklung eines neuen Kooperationskonzepts an einer Schule für Kranke beteiligt, was würdest du dabei besonders berücksichtigen wollen oder was wäre dir dabei besonders wichtig?“

L: „Eine schwierige Frage. Da muss ich kurz nachdenken. ...  
Besonders wichtig fände ich, dass die Grundeinstellung stimmt, dass die Therapie oder das gesamte therapeutische und medizinische Personal den Stellenwert von Schule versteht und den als gleichberechtigt wichtig empfindet wie andersrum auch die Schule die Therapie, also das gesamte Personal und den gesamten Bereich versteht und akzeptiert und durchschaut. Dass ein stückweit die Wertschätzung des anderen Bereichs die Grundvoraussetzung ist, denn nur so kannst du arbeiten. Ich glaube man könnte nicht arbeiten, wenn die Kinder- und Jugendpsychiatrie als solche da wäre und Therapie und Ärzte und Psychologen usw. und es irgendwo eben eine Schule gäbe und es den gesamten medizinischen Bereich überhaupt nicht interessieren würde, was die da machen in der Schule, dass es die Schule überhaupt gibt und es nicht wichtig finden würden für die Schülerpatienten sich auch schulisch weiter zu entwickeln und da gewisse Ziele zu erreichen. Ich glaube das würde nicht funktionieren, zumindest wäre es unbefriedigend.

Ich denke die gegenseitige Wertschätzung, das Wissen um die Bedeutung des anderen Bereiches und das Empfinden, dass man gemeinsam arbeiten muss, um einen Jugendlichen oder ein Kind mit einer psychischen Erkrankung in jeglichem Bereich adäquat zu betreuen, ist die Grundvoraussetzung.

Zudem sind die äußeren Rahmenbedingungen ein Stück weit wichtig, denke ich. Also so wie es hier ist, alles in einem Haus, hat durchaus Vorteile, gerade wenn die Kinder und Jugendlichen in schweren psychischen Zuständen sind, wo man sie nicht nach draußen lassen kann und wo von der Station in die Schule nur eine Treppe ist. Wäre das Schulhaus extern als einzelnes Gebäude, würde sicherlich mehr Unterricht ausfallen, wenn Jugendliche in Krisen wären, da eine Wegbegleitung einfach nicht leistbar ist. Wobei von der innerlichen Trennung her und gerade bei den Jugendlichen ein extra Schulhaus, wo ich sagen kann, ich gehe nach draußen, ich gehe in die Realität, durchaus auch Vorteile hätte. Also ich denke beide Modelle haben ihre Vor- und Nachteile.

Wichtig ist auch noch der Platz, um die Schulsituation auch räumlich realistisch abzubilden, was jetzt hier gerade *[Anmerkung: die Schulräume sowie die Räume der Kinder- und Jugendpsychiatrie befinden sich aufgrund der Renovierung des Stammgebäudes gerade in den provisorisch ausgestatteten Räumen der ehemaligen HNO-Klinik]* sehr schwierig ist, da es sehr an ein Wohnzimmer erinnert, was sehr schlecht für die Schüler ist, wenn der Raum eben sehr ähnlich mit dem Zimmer auf Station ist.

Wenn man zudem noch etwas neu aufbauen würde, wäre es sicher wichtig, diese festen Termine des Austausches zu haben, es geht nicht ohne. Also trotz der Gefahr, dass man sich zu sehr vereinnahmen lässt, wo man auch sagen muss, das ist Stationssache, da red' ich jetzt nicht mit, ist es einfach wichtig, diese gemeinsamen Zeiten des Austausches zu haben, wobei mir persönlich beides zusagt: die Art des Austausches in einer Übergabe, wo alle Patienten einer Station kurz besprochen werden und man zu jedem seine schulische Problematik einbringen kann, gleich so wie der intensive Austausch über einen speziellen Fall, um weiterzukommen. Mit dem Weiterkommen meine ich, dass es für die betreuenden Lehrer und für die Kollegen wichtig ist, etwas von der Krankheit verstehen zu wollen. Ich glaube es funktioniert nicht, wenn man sagt, das ist mir alles egal, der ist halt so und so gestört, hat die und die Krankheit, aber ich mache meinen Unterricht, d.h. das Wissen und das auch innerlich bereit sein, das verstehen zu wollen, was die Krankheit mit dem Jugendlichen macht und wie der sich aufgrund dessen verhält, also einfach so ein grobes Raster von Ursachen-Folgen-Zusammenhängen herauszukriegen

und dann aber abschalten zu können, aber die entsprechenden schulischen Konsequenzen daraus zu ziehen, ist enorm wichtig. Das fängt z.B. schon bei missbrauchten Mädchen an, wenn ich da nichts wissen will und mich nichts interessiert und ich mich dann wundere, dass die bei einem männlichen Lehrer völlig ausflippen und nichts geht, dann ist es klar, dass Unterricht auch nicht funktionieren kann. Da muss man einfach drum wissen.

Zudem sind natürlich noch engagierte und interessierte Kolleginnen und Kollegen auf beiden Seiten notwendig, die um diese Grundlage wissen.

## **Interview mit dem Schulleiter der Schule für Kranke**

vom 08.12.2006

**Anwesenden:        Schulleiter der Schule für Kranke (SL),  
                             interviewende Studentin (I)**

I:     „Zuerst würde ich gerne mit einer allgemeinen Frage beginnen: In welchen Bereichen sehen Sie eine Kooperation als besonders wichtig an und weshalb, was die Kooperation zwischen der Klinikschule und der Station betrifft?“

SL:   „Unterricht ohne Zusammenarbeit von Schulen und Stationen ist überhaupt nicht möglich, weil ein ganzheitliches Einwirken auf die Kinder und Jugendlichen mit schulischen Anteilen und klinischen Anteilen nötig ist. Daher ist eine Absprache unbedingt erforderlich, auch darüber, welchen Aufgabenbereich jede Berufssparte übernehmen muss.“

I:     „Gibt es dabei irgendeine Erwartungshaltung von der Schule an die Klinik und ihre Mitarbeiter?“

SL:   „Die Erwartungshaltungen sind die, dass es keine Beschränkungen der Informationen zwischen den Klinikmitarbeitern und der Schule gibt, sondern dass die Informationen ausgetauscht werden und intensiv diskutiert werden und dann wieder jeder seinen eigenen Anteil bearbeiten kann.“

I:     „Ist da eine klare Abgrenzung zwischen Therapie und Schule trotzdem sinnvoll und wenn ja, warum?“

SL:   „Die klare Abtrennung ist nicht nur sinnvoll, sondern unbedingt erforderlich, um auch den Jugendlichen klar zu machen und dass sie lernen, es gibt einen kranken Teil in mir und da helfen mir die Therapeuten den zu überwinden, und es gibt einen gesunden Teil in mir, das ist nämlich die Schule und damit auch

die Verbindung zur Normalität, die Verbindung zu ihren Alterskameraden, die einfach auch die Aufgabe zum einen der Anbindung an die Normalität hat und zum anderen auch den Aspekt der Hoffnung abdeckt, dass es weitergeht nach der Krankheit.“

I: „Damit sprechen sie also die Bedeutung der Schule für die psychisch erkrankten Kinder und Jugendliche an. Gibt es darüber hinaus noch weitere Gründe, warum diese trotz ihrer Krankheit unterrichtet werden?“

SL: „Dass sie trotz ihrer Krankheit noch die Möglichkeit bekommen, ihre schulische Laufbahn bzw. bezogen auf die Schule beraten werden können. Wenn die Schule einwirkt auf die psychische Erkrankung durch Überforderung beispielsweise, dass sie Anspruch haben auf Beratung, was Schule leisten kann, um die psychischen Beeinträchtigungen zu mildern.“

I: „Dann wieder eine ganz allgemeine Frage: Wie wird die Kooperation hier an der Institution umgesetzt und was gibt es da für Berührungspunkte?“

SL: „Konkret gibt es die Stationsbesprechungen, wo mehr die vordergründigen Informationen ausgetauscht werden, sowie deren Empfindlichkeit im stationären als auch im schulischen Bereich der Patienten gesprochen wird und es gibt die tiefer gehende Kooperationen in den Supervisionen, wo die Lehrer dann auch selbstverständlich teilnehmen.“

I: „Wie erleben Sie dabei die Atmosphäre in diesen Teambesprechungen?“

SL: „Ich erlebe sie selbst sehr vertrauensvoll, was nicht ausschließt, dass es auch Auseinandersetzungen gibt, und ich glaube, dass es auch heftige Diskussionen geben kann. Dies zeigt aber auch auf, dass eine gute Zusammenarbeit vorhanden ist, wo man sich auch im Diskurs auseinandersetzen kann, z.B. wenn es darum geht, was jetzt Aufgabe der Schule ist bzw. was nicht Aufgabe der Schule ist, was Aufgabe der Station bzw. was nicht Aufgabe der Station ist.“

I: „Spüren Sie trotzdem eine Art Machtgefälle oder Hierarchie bei diesen Teambesprechungen?“

SL: „Das kann ich von schulischer Seite aus nicht feststellen. Innerhalb des klinischen Teams mag es eine Hierarchie geben, darüber kann ich mich aber nicht äußern, ich stelle es jedenfalls nicht fest. Und was die Zusammenarbeit Schule und Klinik betrifft, so meine ich, sind wir auf gleicher Augenhöhe.“

I: „Gibt es da bestimmte Ansatzpunkte, woran sie das fest machen, dass man sich da auf gleicher Augenhöhe bewegt?“

SL: „Es ist einfach die Art der Auseinandersetzung, dass die Station oder die Stationsmitarbeiter durchaus auch Kritik üben können und sagen, warum hat der Schüler nicht mehr Unterricht oder warum der Unterricht ausgefallen ist. Dass sie auf der anderen Seite akzeptieren, wenn wir den Unterrichtsausfall begründen, wenn wir auch beispielsweise sagen, warum ein Schüler nicht mehr Unterricht haben kann, häufig wird gewünscht, sie müssen mehr Unterricht haben und wir begründen dann, warum von schulischer Seite mehr Unterricht nicht leistbar ist. Wenn es zum Diskurs kommt, dann setzen wir uns zusammen und überlegen, welche Perspektive wir gemeinsam, also schulisch in Zusammenarbeit mit Station, entwerfen können.“

I: „Sehen Sie grundlegende Bedingungen oder Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation zwischen Schule und Station?“

SL: „Zum Teil was ich vorher schon angesprochen habe: es muss auf gleicher Augenhöhe stattfinden, es muss Vertrauen da sein, es muss die Bereitschaft da sein, sich auch im Diskurs, also mit widersprechenden Meinungen, auseinander zu setzen und es muss auch, und dies ist eine ganz wichtige Sache, der gegenseitige Respekt und die Anerkennung da sein, dass jemand für seinen Bereich verantwortlich zuständig ist und die Anerkennung, dass jeder in seinem Bereich gute Arbeit leistet.“

I: „Sehen Sie trotzdem irgendwelche Hauptschwierigkeiten oder Reibepunkte in Zusammenarbeit mit der Klinik, wo man immer wieder aneinander gerät oder wo man immer wieder die eigenen Interessen vertreten muss?“

SL: „Oberflächliche aber auch tiefgründige Auseinandersetzungen oder Formen des Nichtverständnisses ist sicherlich die Arbeitszeit der Lehrer, dass trotz intensiver Zusammenarbeit teilweise noch an den Ferien herumgemäkelt wird oder dass ein Lehrer nachmittags frei hat, wobei es auch in der Klinikschule offensichtlich ist, dass die Lehrer nachmittags auch da sind.

Im Bezug auf die Schwierigkeit der Einfühlung in eine andere Berufsgruppe, was die Belastungen der jeweils anderen Berufsgruppe ist, ist sicherlich auch nicht immer durchgehend Verständnis da. Ich würde aber sagen, auf beiden Seiten. Was es heißt einen Schüler zu betreuen über einen ganzen Tag, der morgens da ist, der mittags da ist, der nachts da ist, ist da oft nicht präsent. Die Situation auf Station kann dabei unter Umständen viel stärker eskalieren als in der Schule. Wir in der Schule haben sicherlich den Vorteil, dass wir nach dem Unterricht auch sagen können, wir sind jetzt fertig und du gehst jetzt aber ab auf Station. Das mag schon zu Gedanken führen auf beiden Seiten: die haben es einfach oder die anderen haben es einfach. Aber ich könnte auch jetzt hier in Tübingen konkret nichts ausmachen wo man sagen würde, da sind jetzt große gegenseitige Unverständnisse vorhanden.“

I: „Könnten Sie sich Gründe vorstellen, warum einige Kinder und Jugendliche auf Schule anders reagieren als auf Station oder warum einiges dann dort eskaliert und da eben nicht?“

SL: „Ja, schon. Beispielsweise haben die auf Station die Aufgabe bei den Kindern und Jugendlichen, die in die Psychiatrie kommen, bildlich gesprochen in die Seele einzudringen, ein bisschen zu bohren, wo denn die Probleme liegen. Die Kinder und Jugendlichen kommen ja nicht und sagen: hier ist mein Problem. Sondern die Aufgabe der Therapeuten ist das Problem herauszufinden und wie kann man damit umgehen. Und das tut für die Kinder und Jugendlichen einfach auch weh, wenn man da im Innenleben, in der Seele kramen muss. Darüber können wir uns insofern hinwegsetzen, dass wir

zwar davon wissen müssen, aber wir müssen nicht in der Seele bohren, wir können normal Mathe machen, Deutsch machen und können den Bereich strukturieren und dem Schüler da vermitteln, es gibt noch etwas anderes außer deinem sensiblen Innenleben. Das erleichtert einfach die Schüler auch.“

I: „Dann wäre jetzt noch meine letzte Frage: Wenn sie sich vorstellen, sie würden damit beauftragt an einer anderen Klinikschule ein neues Kooperationskonzept mit der Klinik zu entwickeln, was würden sie dabei besonders berücksichtigen oder beachten wollen?“

SL: „Dies ist eine schwierige Frage, weil ich habe das Kooperationskonzept hier nicht entwickelt, aber es entwickelt sich laufend weiter. Ich würde es einfach so formulieren: es muss ein grundsätzliches Anerkennen der Persönlichkeiten gegeben sein, dass man auf menschlicher Ebene miteinander auskommt, es muss eine Anerkennung der Fachkenntnisse da sein, dass man weiß, die machen ihre Arbeit gut, es muss die Bereitschaft da sein, sich auch offen auseinanderzusetzen, Fehler eingestehen zu können und eigene Ideen auch zur Diskussion zu stellen. Hinderlich sind sicher persönliche Animositäten, dass jemand sagt, also ich lasse mich nicht kritisieren oder das lasse ich mir von dem nicht sagen. Wichtig finde ich für eine gelingende Kooperation auch, dass es Begegnungen auch außerhalb des fachlichen Bereiches gibt. Wir Lehrer sind bei dem Betriebsausflug dabei, man trifft sich auch vor dem Haus zu informellen Gesprächen und das denke ich ist erforderlich, denn sonst kann auch der fachliche Austausch nicht funktionieren.“



## **Interview mit einem Erzieher der Jugendstation**

vom 06.12.2006

**Anwesenden:        Erzieher der Jugendstation (E),  
                             interviewende Studentin (I)**

I:     „Gut, kommen wir zu ersten Frage: für welche Bereiche denken Sie ist eine Kooperation zwischen der Klinikschule und der Station wichtig?“

E:     „Ja, weil wir hier im Alltag ja auch ganz viel mit den Jugendlichen zu tun haben, weil da ein Austausch wichtig ist. Dass die Schule weiß, was hier auf der Station passiert, dass die Jugendlichen zum Teil aus einem Gespräch kommen und total aufgebracht und erregt sind. Genauso ist es wichtig, dass wir wissen, was war in der Schule, wo haben die Jugendlichen die Schwierigkeiten, dann geht es manchmal auch um eine Testung, dass wir da dann eine Rückmeldung von der Schule bekommen, ob der Jugendliche oder der Patient dort in der Realschule oder im Gymnasium richtig ist.“

I:     „Sehen Sie da aber auch Grenzen in der Kooperation mit der Klinikschule?“

E:     „Ja, also die ganz speziellen Inhalte unserer therapeutischen Termine, die werden natürlich nicht an die Schule direkt weitergegeben, sondern da muss es auch einen Raum geben, wo die Patienten wissen, das bleibt jetzt auch im stationären Rahmen drin und wird nicht an alle weitergegeben.“

I:     „Was für eine Begründung oder Bedeutung sehen Sie dann in der Schule der erkrankten Jugendlichen hier?“

E:     „Eine Beschulung ist hier unbedingt erforderlich, weil die Jugendlichen jetzt meist ziemlich lange hier sind, teilweise bis zu einem Jahr, und wenn sie da keine Schule hätten, dann wären sie da ja völlig raus aus dem Schulalltag.“

I: „Gibt es da auch noch eine andere Bedeutung für die Schüler, dass sie hier unterrichtet werden?“

E: „Es ist ganz wichtig für die Struktur vom Alltag, manche fangen da ja wirklich mit einer Viertelstunde Schule an und arbeiten sich dann an einen relativ normalen Schulalltag mit mehreren Stunden heran.“

I: „Können Sie dafür Beispiele nennen, wie die Kooperation hier im Hause mit der Klinikschule umgesetzt wird, also was für Berührungspunkte gibt es da konkret?“

E: „Also die Lehrerin kommt ja fast jeden Morgen hierher und erkundet sich, was am Tag war, was die Schule betrifft und was sie wissen muss. Und genauso sind die Lehrer oft auch in den Supervisionen oder in den Dienstbesprechungen mit dabei.“

I: „Wie erleben Sie dabei die Atmosphäre in diesen Teamsitzungen?“

E: „Also ich finde es total gut, dass die Lehrer da mit dabei sind. Ich bin dann auch immer ganz überrascht, weil es manchmal ganz unterschiedlich ist, wie die Patienten in der Schule und wie sie auf Station erlebt werden. Es ist einfach wichtig, ein Gesamtbild des Patienten zu bekommen. Die Patienten sind oft so krank, dass sie bei verschiedenen Leuten verschiedene Gefühle und Dinge unterbringen, und das alles wieder zusammenzufügen und zu schauen, wo geht es hin mit dem Patienten, wo muss man weiterarbeiten, da gehört einfach die Schule mit dazu.“

I: „Fühlen Sie bei den Teambesprechungen auch so eine Art Machtgefälle oder eine bestimmte Hierarchie?“

E: „Nein, überhaupt gar nicht.“

I: „Woran machen Sie das fest, dass es da kein Machtgefälle gibt?“

- E: „Ich erlebe es nicht als Gegeneinander, sondern als gutes Miteinander. Wie ich vorher schon sagte, ist es wichtig, dass die verschiedenen Anteile, die die Patienten bei uns unterbringen und eben auch die von der Schule, zusammengefügt werden. Und da gibt es keine Konkurrenz, sondern ein Miteinander. Das hab ich bisher auch immer so erlebt.“
- I: „Worin sehen Sie denn die Hauptschwierigkeiten oder gewisse Reibepunkte in der Zusammenarbeit mit der Schule? Also gibt es da einfach gewisse Momente, wo immer wieder verschiedene Interessen aufeinander treffen?“
- E: „Was manchmal vielleicht schwierig ist, ist ein bisschen diese Terminabsprache, wenn wir morgens zum Beispiel Termine mit den Jugendlichen machen wollen. Wobei es sich bisher auch immer besprechen lässt. Manchmal ist es schwierig, wenn wir hier feste Zeiten wie gemeinsames Mittagessen haben, z.B. wenn die Jugendlichen erst um halb eins kommen und wir hier aber um zwölf essen. Auf der anderen Seite ist das einfach auch ein Stück weit Realität, dass die Schüler ja nicht alle zusammen aus der Schule kommen, sondern zu unterschiedlichen Zeiten. Das ist nicht unbedingt ein Reibungspunkt, es ist eine Schwierigkeit, mit der man aber auch umgehen kann.“
- I: „Gibt es sonst noch unterschiedliche Ansichten zwischen der Schule und der Station?“
- E: „Ja, da gibt es vielleicht manchmal unterschiedliche Ansichten. Aber das ist dann nicht so, dass man das nicht miteinander besprechen oder regeln könnte. Es ist eher so, wie ich es vorher schon gesagt habe, dass man schaut, was ist denn sinnvoll und dann die verschiedenen Aspekte, sowohl die von der Schule als auch die der Station, mit einbezieht.“
- I: „Ist eine klare Abgrenzung zwischen der Arbeit auf Station und der Arbeit in der Schule sinnvoll, und wenn ja, warum?“

- E: „Ganz klar ist es ja nicht abgetrennt, weil eben dann ja auch ein Austausch zwischen dem, was hier auf Station und in der Schule passiert, stattfindet. Und insofern finde ich also eine ganz strikte Trennung nicht gut, sondern in der Regel sollte eine Zusammenarbeit zwischen Schule und Station vorliegen.“
- I: „Aber inwiefern darf die Schule trotz der notwendigen Absprachen nicht zum Therapieort und die Station nicht zum Schulort werden?“
- E: „Also es gibt natürlich Patienten, bei denen die Schule einen ganz wichtigen Stellenwert einnimmt, was aber auch von den Eltern kommt. Da ist es wichtig, dass wir uns auch ein Stück weit abgrenzen und sagen können: Station ist Station und Schule ist Schule. Die Schule ist schon wichtig, es ist auch wichtig, dass hier auch ein Stück Realität und Alltag stattfindet, aber es ist nicht unser Hauptanliegen, dass die Jugendlichen in der Schule zurechtkommen. Da hatten wir zum Beispiel eine Patientin, die eigentlich Prüfung machen sollte, wo wir dann aber gesagt haben, jetzt geht es ihr aber so schlecht, dass man die Prüfung verschiebt, weil jetzt einfach erst mal andere Dinge in der Therapie anstehen und dass sie jetzt erst mal weniger Schulunterricht hat, und man eben diesen Prüfungs- und Leistungsdruck raus nimmt. Und das ist schon wichtig, dass die Jugendlichen sich hier auch eher auf ihre Probleme konzentrieren können und wenn es geht, dann kann man auch beides machen, oder manchmal muss man dann vielleicht auch schauen, was ist schulisch möglich und was ist sinnvoll.“
- I: „Könnte es für die Patienten auch noch eine besondere Bedeutung haben, dass unten Schule ist und hier Therapie?“
- E: „Vielleicht ist das schon auch für die Trennung bedeutend. In den Besprechungen wird es ja manchmal deutlich, dass sich Patienten hier anders verhalten als in der Schule, dass es ihnen hier schlecht geht, aber dass es wichtig ist, dass sie in der Schule noch etwas haben, wo sie noch funktionieren oder noch vorankommen.“

- I: „Was könnten die Gründe dafür sein, dass sich die Patienten hier auf Station ganz anders als in der Schule zeigen?“
- E: „Ja, eben, weil die da vielleicht noch einen Bereich haben, wo etwas gut läuft oder etwas funktioniert und was für die wichtig ist.“
- I: „Gut, wie erleben Sie denn die Abgabe der Schüler auf Station, wenn es jetzt unten in der Schule Schwierigkeiten gibt und diese dann wieder hierher geschickt werden?“
- E: „Das kommt erst mal gar nicht so oft vor. Und dann ist es meist schon so, dass die Lehrer dann auch nach dem Unterricht kommen, und dann noch mal etwas genauer schildern, was denn eigentlich los war oder vielleicht sogar auch schon gleich am Telefon.“
- I: „Aber man hat nicht so das Gefühl, dass jetzt irgendwie eine Abschiebung stattfindet?“
- E: „Nein, gar nicht. Also insgesamt erlebe ich die Zusammenarbeit mit der Schule sehr gut.“
- I: „Dann wäre jetzt noch die Abschlussfrage: Wenn Sie sich vorstellen, Sie würden damit beauftragt, ein neues Kooperationskonzept aufzubauen, was würden Sie dabei besonders berücksichtigen wollen?“
- E: „...Also eigentlich bin ich so ganz zufrieden [*lacht*], mit dem wie es jetzt ist. Nein, ich finde es gut so.“

## **Interview mit einem Erzieher der Jugendstation**

vom 13.12.2006

**Anwesenden: Erzieher der Jugendstation in Tübingen (SL),  
interviewende Studentin (I)**

- I: „Die erste allgemeine Frage wäre: für welche Bereiche ist eine Kooperation sinnvoll und weshalb, wenn man dies jetzt hier auf die Klinikschule und Station bezieht?“
- E: „Ich denke, die Kooperation ist vor allem wichtig zum einen für uns, dass wir etwas über die Leistungsfähigkeit der Schüler erfahren, zum anderen für die Schüler selbst, dass die auch wissen wie gut sie mithalten können und auch dranbleiben und nicht die Perspektive ganz aus den Augen verlieren. Und die Perspektive wird bei uns sehr oft über die Schule vermittelt, weil in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt man ja dann, wenn der Alltag nicht mehr klappt und die Schule ist einfach einer der wichtigen Alltagsbereiche.“
- I: „Was sehen Sie für eine Bedeutung darin, dass die Patienten trotz der Krankheit und der stationären Aufnahme noch eine Beschulung bekommen? Was bedeutet dies für die Schüler und auch für Sie auf Station?“
- E: „Also ich glaube, für die Schüler bedeutet es ein Stück Normalität, im normalen Rhythmus drin zu bleiben: Schule / Hausaufgaben / auch Ferien und arbeitsfreies Wochenende. Die Bedeutung für die Schüler und für uns von Station zeigt sich, dass die Schüler auch außerhalb der Station die Möglichkeit haben direkt Erfahrungen zu machen und wieder zu kommen und dies geschützt. Vom Ausgang haben sie ja wenig Kontakte zu anderen Leuten, aber hier in der Schule gibt es die Kontakte zu den Lehrern und da können sie sich auch Hilfe holen, auf einer Ebene, die vielleicht nicht ganz so emotional belastet ist. Die Schule ist sozusagen ein Übungsfeld, wo man mal schauen kann, wie kann man den jeweiligen Patienten hier überhaupt

betreuen und was können der oder die. Aber nicht negativ, es ist uns schon ein Anliegen, dass die Patienten uns benutzen, um über ihre Probleme zu reden und da kann man über Schulsachen gut anfangen.“

I: „Sehen Sie eine klare Abgrenzung zwischen Therapie und Schule und wenn ja, woran machen sie dies fest?“

E: „Eigentlich sehe ich schon eine recht große Abgrenzung zwischen Schule und Therapie. Ich mache das zum einem daran fest, dass unsere Supervisionen normalerweise ohne Lehrer stattfinden *[Anmerkung: dies ist nur auf der einen Jugendstation so, in der anderen gehen die Lehrer mit in die Supervisionen]*. An den Übergabegesprächen nimmt die Schule einmal wöchentlich teil und somit gibt es da eine relativ klare Abgrenzung. ....

Wir betrachten eben die Schule als Leistungsbereich und das ist Abgrenzung auch durchaus erwünscht. Natürlich ist hier mehr Kontakt notwendig als jetzt in einer öffentlichen Schule, deutlich mehr. Aber die öffentliche Schule ist noch viel mehr abgegrenzt.“

I: „Warum denken Sie denn, dass eine Zusammenarbeit mit den Lehrern hier an der Klinikschule notwendiger ist als mit den anderen öffentlichen Schulen?“

E: „Also ein gewisses Verständnis hilft der Schule mit dem Patient besser umzugehen. Vielleicht kann sich die Schule auch manchmal eine Einschätzung von uns holen, wenn es jetzt um Probleme geht. Da können wir für die Schule hilfreich sein. Andererseits ist die Schule für uns enorm hilfreich in der Einschätzung, z.B. wenn es darum geht, was bei dem Patienten so auf dem kognitiven und sozialen Bereich leistbar ist und was nicht. Da sind die Rückmeldungen für uns sehr wichtig. Auch wenn die Schüler kommen und uns was erzählen ist dies ja auch immer sehr subjektiv gefärbt und bei unseren Patienten sicher mehr als bei Gesünderen.“

I: „Und wo sehen Sie die Berührung von Klinikschule und Station, also feste Termine, Maßnahmen zur Kooperation ?“

E: „Die Berührung sicher in dem, dass man sich gegenseitig unterstützt und was ich sehr wichtig finde, dass man gemeinsam eine angemessene Perspektive entwickelt über die Beschulung und oft auch zu sozialen Fähigkeiten. Da sind die Berührungen schon recht eng. Manchmal sucht man ganz klar eine Einrichtung, z.B. eine Förderschule und eine Wohngruppe, die eng miteinander zusammenarbeiten, denn manchmal merkt man, dass da sonst so viel verloren geht. Also wir sind so aufeinander angewiesen und müssen so viele Kontakte haben, dass man sich auch in Zukunft nicht vorstellen kann, dass es besser läuft.“

I: „Sehen sie dennoch bestimmte Voraussetzungen, die sowohl von Ihrer Seite als auch auf der Seite der Lehrer gegeben sein müssen, damit eine solche Kooperation funktioniert?“

E: „Ich glaube, die grundlegenden Dinge sind die, die man eben braucht, um mit psychisch Kranken umzugehen: ein gewisses Maß an Konfliktfähigkeit, ein gewisses Maß natürlich auch etwas aushalten zu können, sich selber distanzieren zu können, von dem was die Patienten in einem auslösen und natürlich Reflektionsfähigkeit.“

I: „Gut, dann kommen wir vielleicht mal zum Erleben der Kooperationspunkte, z.B. die Teamsitzungen oder die Übergabe. Können Sie deren Atmosphäre etwas näher beschreiben?“

E: „Hm ja, also diese Sitzungen, ja ....  
Zunächst mal ist es ja so, die eine Lehrerin ist ja erst ein Jahr bei uns hier und da ist noch immer so etwas Abtastendes. Man kennt sich einfach noch nicht so richtig gut und die Kontakte sind mit ihr jetzt auch nicht wirklich eng. Im Stationsteam kennt man sich natürlich besser. Und so hat man ein wenig das Gefühl, also die Schulorganisation und so, das ist ein Bereich, da sehen wir



nicht hinein. Und so finde ich es manchmal schwierig, wenn bei gewissen Konfliktpunkten eine gewisse Spannung auftritt, vor allem wenn es schwierig wird mit Schülern. Da erleben wir oft, dass die Schule eher sagt, das geht nicht, den schicken wir wieder zurück und wir hätten eher gerne, dass man drauf schaut, wie kann es denn gehen und was könnte man anders machen und was könnte man mal ausprobieren. Also da erlebe ich eine gewisse Spannung, aber das liegt vielleicht auch in der Natur der Sache, dass man manche Patienten oder Schüler eher von sich wegschiebt und da gibt es manchmal eben Spannungen.“

I: „Sehen sie das Problem eher jetzt oder schon in der ganzen Kooperationsgeschichte der Schule, sie haben da ja eine langjährige Erfahrung?“

E: „Also ich glaube das ist ein Problem, das sich jetzt etwas verschärft hat. Der Vorgänger hatte einfach auch eine sehr lange Erfahrung gehabt und auch schon viele Ansätze ausprobiert und konnte da auf viele Maßnahmen zurückgreifen. Er hatte da manchmal gesagt, da mache ich nur Einzelunterricht oder mal eine halbe Stunde. Den fand ich da manchmal eben etwas flexibler.“

I: „Wird so was dann auch mal in den Besprechung mit der Klinikschule thematisiert?“

E: „Also da gibt es eher so eine Thematisierung im Einzelfall. Prinzipiell gibt es relativ wenige Besprechungen, wie die Zusammenarbeit sein könnte und was wir da zusammen besser machen könnten. Es wäre sicherlich nicht schlecht und wünschenswert, wenn man da gelegentlich mal so zweimal im Schuljahr die Zusammenarbeit mit der Schule abklärt.“

I: „Sehen Sie sonst noch irgendwelche besonderen Schwierigkeiten oder einfach Punkte, wo es mal knallt oder wo man immer wieder die Interessen vertreten muss, auch vielleicht im Rückblick in der Vergangenheit. Gibt es da irgendwelche Höhen und Tiefen?“

- E: „Es ist eher so wie ich es bereits gesagt habe, dass es manches Mal Patienten gibt, oder Schüler, wo mancher sagt, das geht nicht oder die Station eher sagt, die brauchen aber Schule, und die Lehrer eher sagen es geht nicht, die Schule ist keine Perspektive.“
- I: Ist das jetzt konkret bei dem Fall der S., der gestern bei der Übergabe angesprochen wurde, der gleiche Gedanke?“
- E: „Bei der Patientin S. gab es den Ansatz, dass sie weiter beschult werden soll, da sie ja auch davor schon in die Schule ging und wenn sie was anderes will, dann soll sie was anderes machen und man klärt die Perspektive, ob sie noch weiter in die Schule gehen will oder nicht *[Anmerkung: die allgemeine Schulpflicht von S. ist erfüllt, sie besucht eine Berufsschule und hat bereits den Hauptschulabschluss]*, aber ich glaube da sind wir auch im Team nicht ganz einer Meinung. Für mich ist es eher schwierig, wenn dann Jugendliche auf der Station sitzen und sich zu Tode langweilen. Da kann ich besser damit umgehen, wenn die Schule sie dann noch motiviert.“
- I: „Was für eine Funktion hat dann die Beschulung der Patienten für Sie hier?“
- E: „Also die Funktion zeigt sich vor allem im Leistungsbereich, auch wenn sie merken, ich krieg´ was hin. Was auch bei manchen Patienten sehr wichtig ist, ist das Strukturierende. Da gibt es Zeiten, wo ich arbeite, da gibt es Freizeit, Erholung und es gibt was, wofür man morgens aufsteht und es gibt eine Perspektive. Oder man erarbeitet sich eben eine Perspektive, was man eigentlich auch zusammen mit der Schule macht. Für die Jugendlichen, die ganz ohne Perspektiven kommen, z.B. bei Depressionen usw., für die ist es unheimlich wichtig, eine Vorstellung darüber zu haben, warum ich in die Schule gehe und wozu ich morgens aufstehe, welche Berufswünsche ich habe und was ich mal werden könnte und so. Da merkt man dann auch richtig, wenn die wieder arbeiten können, dann hat auch die Therapie auf anderer Ebene in gewisser Weise gefruchtet.“

- I: „Vielleicht gehen wir dann jetzt doch noch mal zu den Teamsitzungen zurück: Spüren Sie da eine Hierarchie oder ein Machtgefälle?“
- E: „...Hm ja, das gibt es. Es gibt natürlich manchmal ein ganz konkretes Machtgefälle, z.B. am Anfang streitet man sich und dann setzt sich der Oberarzt oder der Chef durch und aber manchmal auch nicht. Und so in Bezug auf Schule gibt es das überhaupt nicht.“
- I: „Ergibt sich dabei also trotzdem ein angenehmes oder eher gleichwertiges Gefühl in den Besprechungen und woran machen sie das fest?“
- E: „.....Fällt mir da was ein?..... Nein, dazu fällt mir gerade nichts ein.“
- I: „Sie haben ja auch die Kooperationsanfänge hier im Hause recht gut mitbekommen: ist Ihnen da noch etwas im Kopf, was dabei anfangs schwierig war und wie sich das entwickelt hat?“
- E: „Also ich arbeite jetzt 15 Jahre da und der frühere Lehrer, der war 30 Jahre da und der war dabei auch immer zuständig für die Jugendstation. Der Unterschied war dabei, dass es bei ihm deutlich weniger strukturiert war. Er kam zwar auch mal gelegentlich zu einer Besprechung dazu, aber der hat eigentlich viel mehr zwischen Tür und Angel besprochen. Ich glaube in diesem Punkt hat sich etwas verbessert, weil nun auch wirklich die jeweiligen Ansprechpartner da sind und nicht alles andere weitergeleitet werden muss, weil die Bezugspersonen an den Besprechungen mit anwesend sind. Aber soviel hat sich sonst nicht verändert, finde ich.“
- I: „Wie erlebt die Station solche Abgabesituationen der Patienten auf Station, wenn es in der Schule schwierig?“
- E: „Wir überlegen zunächst, an was es liegt und meistens denken wir da nicht an die Schule, sondern wir denken z.B. an das Elterngespräch am Nachmittag, den vorherigen oder anschließenden Termin.“

Wenn dies aber relativ häufig ist und man merkt, dass eine Beziehung eher kritisch ist, dann schauen wir schon irgendwann genauer hin und suchen den Kontakt mit den Lehrern.“

I: „Also empfinden Sie solche Abgaben dann nicht als eine Art „Abschiebung“ auf Station?“

E: „Ja doch, das gibt es natürlich auch. Aber viele kommen ja auch auf Station, weil sie wollen. Und selbst wenn es diese Abschiebesituationen gibt, wissen wir auch, dass wir manchmal genau die Patienten auch nicht aushalten und uns dann eben abwechseln müssen.“

I: „Zum Abschluss dann noch eine kleine Phantasiereise: Wenn Sie sich vorstellen, Sie würden jetzt an einer anderen Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeiten und dort würde ein neues Kooperationskonzept entwickelt werden, was würden sie dabei besonders berücksichtigen wollen?“

E: „Hm, also ich hab ja bereits schon in der Tagesklinik und in der Kinderstation ein Praktikum gemacht und ich finde die Kooperation ist dabei jeweils sehr unterschiedlich und haben doch auch irgendwie ihren Sinn, dass die so unterschiedlich sind. ...

Also, auf einen einfachen Nenner würde ich es nicht bringen können. Also für uns für die Jugendstation würde ich sagen, soviel Trennung wie möglich und soviel Kooperation wie nötig, also da muss man ein gutes Gleichgewicht finden.“

I: „Wo sehen Sie da genau die klaren Grenzen?“

E: „Also, wenn jetzt zum Beispiel der Unterricht im Aufenthaltsraum der Station stattfinden würde, zumindest regelmäßig, oder wenn jetzt ein Lehrer nachmittags regelmäßig auf Station wäre, fände ich das für die Jugendstation sehr schwierig, das wäre zum Beispiel eine klare Grenze. Bei der Hausaufgabenbetreuung oder bei einer Teilnahme am Mittagessen so einmal in der Woche wäre das vielleicht noch vorstellbar, aber mehr eigentlich nicht.

Oder dass ein Mitarbeiter von uns auch in der Schule mit dabei ist, kann man sich auch vorstellen, das gab es auch schon, aber dann eben für den Patienten und nicht für den Lehrer.“

I: „Gibt es sonst noch irgendwelche allgemeinen Ergänzungen von Ihrer Seite?“

E: „Für mich ist es schon auch wichtig, von den Lehrern der Schule nicht etwas Abstraktes zu erwarten, sondern sie auch als das zu nehmen, was sie sind. Die sind auch sehr unterschiedlich, an manche tritt man mit etwas heran, was man bei anderen vielleicht auch nicht machen würde und das finde ich auch wichtig, dass man das auch ernst nimmt.“

## **Interview mit einem Ergotherapeuten an der KJP**

vom 19.12.2006

**Anwesenden:      Ergotherapeut (E),  
                         interviewende Studentin (I)**

I:     „Die Einstiegsfrage wäre: warum denken Sie ist eine Kooperation zwischen Schule und Therapie überhaupt sinnvoll?“

E:     „Ich nehme jetzt mal meinen Bereich der Ergotherapie. Sinnvoll finde ich es, weil einfach die Ergotherapie genauso ein Puzzleteil ist wie der Rest der ganzen therapeutischen Maßnahmen und eben auch der Schule. Also weil ein Kind nicht nur aus Gedanken besteht, sondern auch aus Emotionen und Bewegung, um das eben alles so zusammen zu führen. Ich finde die Kooperation mit der Schule, gerade im Bereich mit den Kindern, sehr wichtig, z.B. wenn ich mir diesen graphomotorischen Bereich anschau: die Kinder arbeiten viel am Tisch, es geht um die Stifthaltung und Schreibhaltung, um Sitzhaltung usw. Ich denke da kann man sehr viel machen und eben auch noch viel an die Lehrer weitergeben, damit sie einfach dies mit übernehmen können. Viele Kinder haben auch Schwierigkeiten in der Aufmerksamkeit oder sind sehr unruhig und dann gilt es, schon auch in der Schule zu schauen, woran liegt das, was kann man verändern. Das ist für mich dann ein gemeinsames Erarbeiten mit den Lehrern und eben auch nach Möglichkeit mit den Schülern.“

I:     „Gibt es darüber dann Gespräche mit der Schule?“

E:     „Also gerade mit den beiden Lehrern der Primarstufe setzen wir uns schon ab und zu zusammen und sprechen einzelne Kinder durch und schauen dann, wie arbeite ich, was ist gerade das Ziel oder welchen Bereich decke ich ab, und was kann Schule dabei noch mit übernehmen. Und dann kommt schon noch häufig die Frage, was können wir denn noch machen, wenn die Kinder

jetzt sehr unruhig sind. Oder es kommt auch häufig von der Schule die Frage, was kann man da tun, wenn die Kinder z.B. beim Schreiben nicht vorwärts kommen beim Schreiben oder wenn das eine oder andere Kind hängt total hinten dran. Da gibt es einfach sehr viele Hilfen für den Alltag und für die Schule.“

I: „Wie wird die Kooperation hier im Hause allgemein umgesetzt? Also Sie nehmen an den Besprechungen teilweise teil. Und was gibt es da noch für Berührungspunkte mit den anderen Disziplinen?“

E: „Also es gibt die Besprechungen oder Supervisionen oder eben auch Kleinteambesprechungen und Kleinteamsupervision. Wenn ich zudem noch ein Anliegen habe oder wenn irgendetwas gerade schwierig ist mit einem Kind oder einem Jugendlichen, dann gehe ich auch zu einem Arzt oder zu einem Therapeuten oder zu den Bezugspersonen des Kindes. Und genauso ist es auch mit der Schule. Wenn da etwas anliegt, dann gehe ich auch in die Schule und spreche mit den Lehrern.“

I: „Können Sie etwas dazu sagen, wie Sie die Atmosphäre in den Teambesprechungen erleben?“

E: „Die Atmosphäre in den Teambesprechungen erlebe ich eigentlich als recht gelöst und locker, aber doch auch recht strukturiert.“

I: „Aber fühlen Sie trotzdem manchmal ein gewisses Machtgefälle oder eine Hierarchie in diesen Sitzungen?“

E: „Ja, das hängt sehr von den Stationen ab. Meist kommen aber oft nicht so viel Nachfragen an den Bereich der Ergo- oder Bewegungstherapeuten. Das ist dann meist eine Initiative von mir selber. Wenn man sich dann einbringen möchte und findet, dass seine Arbeit auch wichtig ist, dann muss man sich eben selber einbringen und mitteilen.“

I: „Gibt es da Punkte, woran Sie das festmachen können?“

- E: „Ich würde mal sagen, dass eben ganz oft wenig nachgefragt wird. Und wenn ich dann mal irgendwas zu einem Kind erkläre oder einen Zusammenhang zwischen seiner Motorik und dessen Auswirkung dann auf seine Emotionen oder auf sein Schriftbild herstelle, dann kommen eben oft sehr wenig Nachfragen. Das wird dann halt gehört und dann wird aber meist wieder über die anderen Dinge wie den Alltag weiter gesprochen. Und daran merke ich dann meist, das kann nicht sein, dass die Leute das alles dann völlig verstehen.“
- I: „Sehen Sie außerdem irgendwelche Schwierigkeiten oder Reibepunkte in der Zusammenarbeit mit der Klinikschule, wo man beispielsweise einfach immer wieder seine eigenen Interessen vertreten muss?“
- E: „Das ist mir so jetzt noch nicht aufgefallen.“
- I: „Denken Sie, dass eine klare Abgrenzung zwischen Therapie und Schule hier sinnvoll ist und wenn ja, warum?“
- E: „Ich denke schon, dass eine Abgrenzung sehr sinnvoll ist, weil die Schule einfach Schule ist. Kinder gehen in die Schule, Erwachsene haben einen Beruf und die Therapie ist einfach noch mal was anderes. Sinnvoll ist es auf alle Fälle. Schule hat einfach einen bestimmten Stellenwert und den sollte sie nicht verlieren. Die Therapie hat natürlich auch ihren Stellenwert, aber einen anderen. Daher sollte sich das schon auch abgrenzen, aber natürlich sollte trotzdem alles miteinander auch irgendwie integrierbar sein.“
- I: „Zum Abschluss wäre jetzt noch meine Frage: Wenn Sie sich vorstellen würden, Sie würden an einer anderen Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeiten, wo es ein neues Kooperationskonzept mit der Klinikschule aufgebaut werden würde und Sie wären dann daran mit beteiligt, was würden Sie dabei aus Ihrer Sicht besonders berücksichtigen wollen?“
- E: „...Hm, ich würde sagen, wichtig wäre mir, die Mitarbeiter mehr zu informieren. Und wenn es natürlich möglich ist, noch mehr Austauschmöglichkeiten



zwischen den Disziplinen zu schaffen, wie zum Beispiel mehr Einblick in die Schule. Also ich merke hier sehr häufig, dass ich gerne mal in die Schule gehen und mal das Kind beobachten würde, wie es sich denn da verhält, auch in der Gruppe und in dieser Situation und ich merke hier einfach, dass es nicht genug Zeit gibt. Das finde ich schade.“

I: „Gibt es da konkrete Vorschläge, wie man das umsetzen könnte?“

E: „...Puh, jetzt so auf die Schnelle weiß ich da nichts.“

I: „Gibt es sonst noch irgendwelche Ergänzungen von Ihrer Seite?“

E: „Ja, also was mir wichtig ist, wäre andere auch ein Stück weit für das Gebiet der Ergotherapie zu begeistern, oder ein Interesse zu wecken, z.B. was es für einen Einfluss auf die Schule oder auf das Lernen haben kann. Es wäre schon schön, wenn man da das Augenmerk einfach noch etwas mehr auf solche Dinge richten könnte.“

I: „Was gäbe es da für konkrete Beispiele in der Zusammenarbeit mit der Schule?“

E: „Also z.B. wie kann man denn kleine Pausen nutzen, oder wenn man merkt, dass die Kinder sehr unruhig werden, was kann man da machen. Es gibt manchmal ganz einfache Hilfen wie bestimmte Überkreuzspiele oder mit schweren Stiften zu arbeiten, bei Kindern, die manchmal sehr unaufmerksam sind. Oder einfach zu schauen, woran könnte es denn liegen, dass es an diesem Platz viel zu sehr abgelenkt wird, sei es, weil hinter ihm Kinder sitzen oder der Blick nach außen geht, oder was auch immer, eben solche Sachen.“

I: „Gibt es dann hier so was wie interne Fortbildungen zu solchen Themen?“

E: „Leider gibt es keine internen Fortbildungen und das finde ich sehr schade. Es gibt nur eine Anfangsfortbildung für neue Mitarbeiter und Praktikanten, aber so

laufende Fortbildungen, oder dass an einem oder an zwei Tagen im Jahr die einzelnen Bereiche ihren Bereich vorstellen für das ganze Haus, und dass man dadurch dann mehr Einblick oder Verständnis gewinnen könnte, das gibt es eigentlich nicht. Das fände ich sehr wünschenswert, gerade auch weil ich oft denke, es gibt ziemlich viele Leute, die in ihrer Arbeit einfach gut sind und viele Erfahrungen gesammelt haben, was dann aber leider gar nicht weitergegeben wird.“

## **Interview mit einem Psychologen der Jugendstation**

vom 07.12.2006

**Anwesenden:        Psychologe der Jugendstation (P),  
                             interviewende Studentin (I)**

I:     „Meine erste Frage an sie wäre: für welche Bereiche denken Sie ist eine Kooperation zwischen Schule und Klinik besonders wichtig und weshalb?“

P:     „Eine Kooperation zwischen Schule und Klinik ist für die Patienten wichtig. Daß die Lehrer Bescheid wissen, was die grobe Problemlage der Patienten ist, also nicht schulisch, sondern wie akut erkrankt sind sie, was ist sozusagen das primäre Symptom, vielleicht auch manchmal wie wir mit diesem Symptom umgehen. Wobei gleichzeitig denke ich ja, das eine ist Schule und das andere ist Klinik und in der Schule muss man funktionieren, aber gleichzeitig ist es ja eine Schule für Kranke und von daher ist es wichtig, was kann die Schule da für eine Motivationslage oder Anforderungssituation für die Patienten schaffen, die sich dann vielleicht auch somit auf die Anstrengungen des Jugendlichen auswirkt, um etwas an seiner Symptomatik zu ändern oder dass er einfach ein Feedback über sein Verhalten bekommt. Ich denke, dass es zumindest für den Patienten wichtig ist, dass die Schule darüber bedingt Bescheid weiß.

Und wir von Station wollen ja, dass die Schüler beschult sind und dass die da auch ein Stück weit Normalität haben. Dazu brauchen wir ja die Schule, dass wir mit der Schule kooperieren.

So ist es eben manchmal auch ein Thema, kann der oder diejenige etwas mehr Förderung haben, oder kann man etwas weniger machen, die ist gerade nicht so belastbar, mehr als eine Stunde am Tag geht da gar nicht bei einer magersüchtigen Patientin. Da muss man dann schon sagen, was ist sinnvoll, was sagt die Schule ist sinnvoll, was sagen wir ist sinnvoll.

Da ist dann die Schnittstelle zwischen Schule, wo man miteinander kooperieren muss.“

I: „Gibt es da eine klare Vorrangstellung von Therapie gegenüber Schule oder auch in Richtung Abgrenzung? Oder wie läuft das ab?“

P: „Ja. Ich würde schon sagen, dass die Therapie, meiner Meinung nach, schon im Vordergrund steht, aber gleichzeitig halte ich es für extrem wichtig, dass die Schüler und Jugendlichen nicht nur Patienten sind. Das finde ich schon hart. Eigentlich sagen wir ja immer, die sollen sich nicht so sehr ablenken durch andere Sachen. Aber ich glaube, manchmal ist dies eben auch wichtig und man kann es sicher nicht nur ertragen hier Patient zu sein und gar nichts zu haben, wo man vielleicht auch ein wenig Bestätigung bekommt, eben wo sich keiner für die Probleme interessiert, sondern sagt, was ist hier z.B. irgend eine Formel in Mathe oder so etwas.

Denn man darf das nicht unterschätzen, das ist für den Jugendlichen schon ziemlich belastend, wenn sie nur Patient sind und sich die ganze Zeit beäugt fühlen und auf ihren Problemen viel herumreitet. Da finde ich ist dieser Bereich Schule ja schon extrem wichtig, dass dies ein anderer Raum ist.

Insofern denke ich, geben wir vor, was geht, aber sobald etwas geht, ist es da wichtig, dass es Schule ist, dass es räumlich getrennt ist.

Früher gab es ja sogar diese Regelung, die müssen in Straßenschuhen in die Schule gehen. Der pensionierte Lehrer wollte das immer nicht in Hausschlappen. Denn das ist Schule! Da geht man in Straßenschuhen hin und nicht wie man im Zimmer herumlungert. So nicht! Um das den Schülern auch noch mal klar zu machen, da geht es um etwas anderes!

Deshalb sollte, wie vorher bereits gesagt, die Schule im Hinterkopf wissen, der Patient hat die und die Problematik. Das sollte Sie wissen. Aber die jeweilige Problematik darf eben nicht an Dritte mitgeteilt werden.“ *[Unterbrechung: Telefonat]*

I: „Was denken Sie hat die Schule für eine Bedeutung für die Patienten hier?“

P: „Also für die meisten hat die Schule eine immense Bedeutung. Wenn man das Vorgespräch mit den Eltern führt, ob die Patienten hierher kommen oder nicht, ist dies meistens das wichtigste Thema.

Anders gesagt, wenn man sagt, hier gibt es eine Schule und hier kann man auch unterrichtet werden, dann ist dies für viele Schüler und Schülerinnen oft ein Anreiz hierher zu kommen, auch vor allem für die Eltern, wenn sie das hören. Wobei wir immer sagen, dass für denjenigen, der hier längere Zeit ist, dass das Schuljahr eher in „Gefahr“ ist, vor allem bei den nicht so starken Schülern. Das ist dann auch immer wieder ein kritischer Punkt, an dem sie sich (die Eltern) überlegen: „Geht es denn nicht anders, oder?“.

Aber ich glaube, bis auf die paar Dissoziale, die sowieso nichts mit Schule am Hut haben, dass für 80-90% der Patienten und der Eltern hat das eine große Wichtigkeit. Oft ist dies ja, vor allem dann, wenn man hier ist, ein Stück weit Normalität, ansonsten ist man ja völlig nur in der Klapse und so können wir wenigstens noch sagen: ihr bekommt das Zeugnis von eurer Heimatschule und nicht von hier von der Klinik. Das ist ganz wichtig. Insofern kann man nach Außen hin in der Biographie diese „Normalität“ aufrechterhalten. Und ich finde es auch ganz wichtig, einfach so salopp formuliert, das Leben geht weiter, auch wenn man in der Klinik ist.“

I: „Wie wird die Kooperation hier konkret umgesetzt? Wo gibt es solche Berührungspunkte mit der Schule?“

P: „Also die Dienstagsrunde gibt es noch nicht so lange, seit etwa einem Jahr oder so. Ansonsten gibt es ganz viele Kontakte so zwischen Tür und Angel, z.B. der inzwischen pensionierte Lehrer kam einfach manchmal kurz vorbei. Kennen Sie den pensionierten Lehrer?“

I: „Ja, vom Sehen her!“

P: „Der kam meistens einfach kurz her geflitzt, wie ein Wirbelwind, und wollte irgendetwas kurz loswerden oder wissen, so nach dem Motto: ´Haben Sie kurz 5 Minuten Zeit´ – Zack, zack! Sehr häufig war das dann durch ihn initiiert. Er kam dann auch öfters zu Supervisionen mit hinein, wenn ihn ein Schüler interessiert oder gestresst hat. Und jetzt gibt es eben noch diese Dienstagsrunde, die relativ wichtig für einen Austausch ist.“

Ich denke es gibt aber dennoch genug Möglichkeiten manchmal kurz anzurufen oder morgens oder zwischendrin vorbeizukommen und zu fragen: 'Wie sieht es aus?'

Dadurch, dass es räumlich auch so nahe ist, also jetzt hier noch weniger als oben in der anderen Klinik, hier ist man ja ein Stockwerk auseinander *[Anmerkung: die Schule und die Stationen der Abteilung der PPKJ befinden sich derzeit noch in der Renovierung, so dass die komplette Abteilung in die Räume der ehemaligen HNO-Klinik umgezogen sind]*. Da ist man ruckzuck hingegangen. Das ist ziemlich günstig.“

I: „Wie erleben Sie die Atmosphäre in den interdisziplinären Teamsitzungen, speziell bei Übergabegesprächen, Fallbesprechungen oder Supervision, aus Ihrer Sicht?“

P: „....Also die Atmosphäre ist gut, aber manchmal ist dies nicht so produktiv. Einerseits geht es in den Dienstrunden ja darum, dass die Schule sich den Hintergrund holt, wie bereits vorher erwähnt, also wo steht der Junge/das Mädchen in der Therapie. Das ist ja das eine. Aber das andere ist, wenn man konkret schulische Sachen besprechen will, ist oft nicht soviel Zeit da. Das könnte man da vielleicht besser strukturieren, denke ich jetzt so ganz spontan. Dass man einfach sagt: man bearbeitet zunächst einmal das Schulische und macht dann eine Übergabe, bei der die Lehrer sitzen bleiben können und sich bezüglich der Therapie auf den neuesten Stand bringen lassen können. Vielleicht wäre es produktiver, dass diese Punkte gesondert angeführt werden. Meistens ist es so, wir gehen von vorne durch und dann bei den letzten Patienten ist dann für die Bemerkungen oder Nachfragen der Schule keine Zeit mehr und dann spricht man nur noch etwas kurz an. Das finde ich manchmal sehr unproduktiv.“

I: „Erleben Sie die Supervisionen dann auch ein Stück weit als unproduktiv und woran würden Sie das dann festmachen?“

P: „Die Supervisionen, was meinen Sie jetzt damit?“

I: „Zum Beispiel gibt es immer Mittwochs auf Station die Supervision, an der die Lehrer beteiligt sind.“

P: „Also bei uns nicht, das ist eine Besonderheit der Station 3.

Bei uns sind die Lehrer nur dabei, wenn es Probleme zwischen Schülern und Lehrern gibt. Vor etwa einem viertel Jahr wollte eine Lehrerin aus diesen Gründen mit dazu kommen. Aber diese Regelmäßigkeit der Teilnahme haben wir nicht.“

I: „Das ist also stationsabhängig?“

P: „Ja.“

I: „Wo sehen Sie trotzdem Hauptschwierigkeiten oder Reibepunkte in der Zusammenarbeit zwischen der Schule und der Klinik? Da gibt es doch sicherlich verschiedene Interessen oder Situationen, die auseinander klaffen und wo Sie merken, dass es Konflikte gibt oder wo man immer wieder die eigenen Interessen vertreten muss.“

P: „Ja, das gibt es immer mal wieder, dass man denkt, die Schüler sind unterversorgt. Das ist ja irgendwo ein ganz plattes Problem. Wir wollen ja eigentlich schon, dass die Patienten vormittags versorgt und beschäftigt sind, dass sie nicht herum- oder durchhängen, sondern dass sie gefordert werden, wenn man es jetzt so will.

Und man denkt eher, sie haben jetzt zu wenig Unterricht, z.B. da hat jetzt einer eine Stunde Schule und den restlichen Vormittag ist er auf der Station. Gut, ich mache öfters auch morgens meine Termine, dann hat er da noch etwas, aber die Mehrbeschäftigung auf Station ist eigentlich nachmittags mit Gruppen etc. Morgens ist es eher dünn gesät. Das ist dann schon ein Problem, bei dem man dann nachfragt, geht nicht noch ein bisschen mehr oder warum ist da nur eine Stunde oder manchmal gar kein Unterricht. Kann man da nicht irgendwie etwas mehr machen, denn die Schule draußen ist ja auch nicht nur eine Stunde am Tag. Das sind so die Reibungspunkte, denke ich, wo wir auf Station das manchmal auch nicht so richtig verstehen, und denken: Mensch,

die Schule muss doch da etwas bieten. Nicht nur im Sinne, dass die den beschäftigen müssen, nur dass wir unsere Ruhe haben, sondern dass die da gefordert sind. Das fällt mir jetzt als Haupttreibungspunkt ein.“

I: „Wird dieses Thema dann auch auf einer höherer Ebene z.B. mit der Schulleitung oder dem Chefarzt diskutiert?“

P: „Bis jetzt noch nicht. Nein. Bisher wurde das auf dieser persönlichen Ebene mit dem Lehrer direkt dienstags besprochen, bei dem man dann nachfragt. Es kommt mir nicht in den Sinn, dass man das auf höherer Ebene so machen müsste.“

I: „Gut, dann kommen wir noch zu meiner Abschlussfrage: Stellen Sie sich vor, Sie würden damit beauftragt werden, ein neues Kooperationskonzept zu entwickeln. Was würden Sie dabei besonders berücksichtigen oder beachten wollen?“

P: „Aha, ... ein neues Kooperationskonzept?

Also so was richtig Neues fällt mir nicht ein. An den Punkten, die ich genannt habe, könnte man meiner Meinung nach feilen.

Ich denke es ist immer wichtig eine Transparenz zwischen den beiden Bereichen zu haben, dass wir wissen: wieso ist da gerade nur so wenig Unterricht möglich oder was denkt sich die Schule dabei, dass da ein Patient keinen oder nur so wenig Unterricht hat. Das könnten wir vielleicht hier und da verbessern.

Vom Prinzip her finde ich es gut, dass man eine Stunde in der Woche hat, in der man sich zusammensetzt und sich über diese Dinge austauschen kann. Das könnte man, wie gesagt, dann etwas Schullastiger gestalten, dass die Lehrer dann tatsächlich sagen, was ihr Problem mit dem Schüler ist oder wie kann man mit einem einzelnen Schüler speziell umgehen etc.

Wenn man diese Stunde, in der alle dabei sind, produktiver gestaltet, dass keine weiteren Nebengespräche notwendig werden, was ja auch immer eine gewisse Zeitfrage ist, wäre das sicher günstig.

Ansonsten gibt es ja die Schulberichte, die ich immer sehe. Das finde ich gut.



Wobei da ist es auch oft so, bis ich da alles durchlese und mir die Zeit nehme sind die Behandlungen normal schon vorbei. Wenn ich den Arztbericht schreibe, schaue ich da nochmals hinein, um ggf. etwas für meinen Befund oder Therapiebericht übernehmen zu können. Da finde ich eigentlich, bin ich sehr gut im Bilde und die Information kann ich mir wie gesagt auch leicht holen, wie es da in der Schule läuft.

Was wir manchmal auch haben, ist, dass die Lehrer in die Elterngespräche mit hineingehen. Das finde ich auch eine gute Sache, dass sich das auch etwas von meinen Sachen los koppeln kann. Dann wissen die Eltern Bescheid, wie es schulisch steht. Das finde ich auch gut, dass die Lehrer sich da auch recht einfach dafür zur Verfügung stellen.

Von daher finde ich, dass die Kooperationsmöglichkeiten da sind, wir müssen sie nur manchmal besser nutzen. Das ist mein Fazit.

Sonst fällt mir aus dem Stehgreif nichts anderes ein, wo ich sagen könnte, da würde ich was ganz anders machen.“

## **Interview mit einem Psychologen der Jugendstation**

vom 20.12.2006

**Anwesenden:      Psychologe der Jugendstation (P),  
interviewende Studentin (I)**

I:    „Also die erste Frage wäre: Weshalb denken Sie ist eine Kooperation zwischen der Klinikschule und der Station sinnvoll?“

P:    „Wegen dem Informationsaustausch, weil die Schule in der Regel nichts oder relativ wenig von der Biografie, der Anamnese und vom psychopathologischen Hintergrund der Schüler weiß und wenn dann bestimmte schwierige Situationen auftreten, dann sind die Lehrer informiert und wissen, wie sie das im Unterricht dann handhaben können. Beispielsweise wenn ein Jugendlicher, der eine starke Angststörung hat und der sich im Unterricht kaum traut etwas zu sagen und in anderen Bereichen gut in der Lage ist sich auszudrücken, aber in der Wertungssituation sehr viel Angst bekommt, mit dem geht man dann eben anders um, als wenn sich jemand verweigert. Und dazu ist es zum Beispiel wichtig, zu wissen, wo derjenige belastbar ist, welchen Bereich er gut kann und welche nicht, der vielleicht möglicherweise immer bei einer abklingenden Psychose noch sehr stark paranoid reagiert. Dass die Lehrer dann wissen, mit bestimmten Äußerungen muss ich mich zurückhalten, muss ich vorsichtig sein oder manche Reaktionsweisen werden dann verständlicher, die man sonst nicht versteht.“

I:    „Sie sprechen hier jetzt den Informationsfluss an. Hat die Schule außerdem noch eine Bedeutung für die Therapie?“

P:    „Eine große Bedeutung, weil sie ja quasi ein Stück Normalität in die Behandlung mit reinbringt. Also wenn das nicht so wäre, dann wären die Jugendlichen ja auch ganz aus allem herausgerissen, der Ausbildung usw. Also die Schule an und für sich ist wichtig und sinnvoll. Und speziell was die

Behandlung betrifft, dass sie immer wieder wissen, hoppla, trotz meiner Erkrankung gibt es auch einen normal funktionierenden Bereich oder funktionieren kann und da will man versuchen, dass er wieder funktioniert, um den später wieder zu integrieren.“

I: „Gibt es dann trotzdem eine klare Abgrenzung zwischen Schule und Therapie?“

P: „Ja, es gibt eine deutliche Abgrenzung.“

I: „Woran machen Sie das konkret fest oder wo sind dann die klaren Grenzen?“

P: „Also von schulischer Seite, da geht es einfach um die Vermittlung von Schulstoff, von Lerninhalten usw. Es geht da nicht um therapeutische Behandlung im schulischen Rahmen. Außer unter dem Aspekt, den ich vorhin schon genannt habe, dass man auf bestimmte Problemkonstellationen besser eingehen kann. Aber sonst wird da keine Therapie gemacht.

Psychotherapie im stationären Setting, Einzel- und Elterngespräche usw., die haben einen anderen Raum, die haben ganz andere Inhalte und da wird auf die individuelle Problematik eingegangen, was so in der Schule auch nicht der Fall sein sollte.“

I: „Gibt es aber aus Ihrer Sicht trotzdem Gründe, warum diese Schüler und Patienten, die hier krank sind, trotzdem beschult werden, also allgemeine Gründe warum überhaupt Schule für psychisch kranke Patienten?“

P: „Zur Aufrechterhaltung der Normalität, zur Überprüfung der eigenen Leistungsfähigkeit: wie kann ich mich selber einschätzen, habe ich die Chance irgendwie noch Tritt zu fassen oder umgekehrt, wenn es dort in der Klinikschule grad mal so geht, dass man dort auch schauen kann, welche poststationären Maßnahmen sind denn notwendig, dass man die Informationen der Schule da immer auch einfließen lassen kann.

Also damit man dann sagen kann, wenn die Jugendhilfeeinrichtung da notwendig ist, dann müsste der schulische bzw. Arbeitsbereich auch

folgendermaßen gestaltet sein und da braucht man auch die Erfahrung der Lehrer, die wir auf Station so gar nicht haben.“

I: „Was gibt es denn konkret für Berührungspunkt der Zusammenarbeit mit der Schule?“

P: „Die Lehrer hier nehmen teilweise an den Supervisionen teil um mehr von diesem Krankheitsgeschehen mitzubekommen oder Behandlungsgeschehen auch. Dann gibt es teilweise Telefonate oder kurzfristige Rückmeldungen quasi auf dem kurzen Weg, so informelle Kontakte, die sehr wichtig sind, nach dem Motto: Schau mal bei dem da und da drauf, hier in der Therapie macht er das und das, zeigt sich auch das in der Schule oder umgekehrt, dass ich mal angerufen werde, in der Schule sieht es so und so aus, gibt es das auch auf Station. Und dann versuchen wir zu kooperieren.

Dann finden immer wieder bei Bedarf richtige Besprechungstermine statt, so dass ich als Psychologe und dann die Kollegen von der Schule zusammensitzen und wir den Fall noch mal gesondert durchgehen und überlegen, welche schulischen Maßnahmen sind denn jetzt sinnvoll und notwendig, was weiß man vom psychodiagnostischen her, was weiß man vom schulischen her, wie kann man das zusammenbringen und ist jetzt entweder eine Umschulung auf einen anderen Schultyp oder eine Rückversetzung, oder kann man denjenigen doch schon fördern. Das sind die Kooperationen, die da jetzt stattfinden. Und dann, wenn wir die Situation so ein Stück weit vor besprochen haben, dass dann die Schule auch bereit ist, z.B. in die Elterngespräche mit rein zu sitzen, und dann den schulischen Aspekt der Behandlung vertreten und wir dann gemeinsam mit den Eltern die weitere Vorgehensweise besprechen.“

I: „Wie erleben Sie allgemein die Atmosphäre in den Teambesprechungen? Spüren Sie da auch ein Machtgefälle oder eine Hierarchie, unterschiedliche Zielsetzungen oder andere Interessen?“

P: „Ja natürlich spürt man das zum Teil und das soll ja auch so sein, dass die Schule die schulischen Interessen vertritt und wir die Behandlungsinteressen,

aber daraus haben sich bis jetzt keine großen Konflikte oder Machtkonstellationen herausgebildet oder so was.

Also das erlebe ich nicht so.“

I: „Gibt es trotzdem so Punkte, wo es oft Schwierigkeiten gibt zwischen der Klinikschule und der Station, wo beide Seiten immer wieder ihre Interessen vertreten müssen, oder organisatorischen Schwierigkeiten?“

P: „Also wenn, dann eher auf dem organisatorischen Bereich, wo es manchmal Schwierigkeiten gibt, Termine zu koordinieren: ob jetzt die Schulstunden da und da sind, aber gleichzeitig hat derjenige ein Elterngespräch oder einen Einzeltermin, ist die Schule so flexibel, dass sie das umschichten kann.

Primär sind die Jugendlichen natürlich zur Behandlung hier, mit dem sehr, sehr wichtigen Teil Schule. Aber wenn die Behandlung davon zu stark tangiert wird, dann könnte es Probleme geben, aber bisher ist das so im kooperativen Rahmen, dass wir uns eher ergänzen als sehr divergent auseinander gehen.“

I: „Dann die Abschlussfrage: Wenn Sie sich jetzt vorstellen, Sie würden an einer anderen Klinik in der Jugendpsychiatrie arbeiten, wo gerade so ein Kooperationskonzept mit der Klinikschule aufgebaut wird und sie wären daran beteiligt, was wäre Ihnen dabei besonders wichtig, was sie einfach berücksichtigt haben wollen?“

P: „Im Prinzip ist es nur eine Zusammenfassung dessen, was ich gesagt habe: eine klare Aufteilung der Kompetenzbereiche, Möglichkeiten der Kooperation ausloten, wie werden Anregungen der Therapie im Schulalltag übertragen oder Erfahrungen aus der Schule, wie können diese in die Therapie einfließen, dass es da bestimmte Bereiche gibt, wo immer wieder ein Informationsaustausch da ist, ob auf dem informellen Wege oder auch strukturell organisiert, ob es jetzt Supervisionen sind oder solche Besprechungen wie ich es genannt habe, ob das jetzt regelmäßig sein muss, glaube ich gar nicht. So finde ich es eigentlich ganz okay, dass es bei Bedarf ist.

Und da ist es auch von beiden Seiten, egal ob die Schule Bedarf hat oder ob ich jetzt als Therapeut einen Bedarf habe, stößt man da immer auf offene Ohren. Das sollte dann auch wichtig sein, dass man ein offenes Ohr für die Belange des jeweils anderen Bereichs hat.“

I: „Gibt es noch von Ihrer Seite irgendwelche Ergänzungen zu dem Thema?“

P: „Nein, also ich wünsche mir, dass es in anderen Kliniken ähnlich gut läuft, sagen wir mal so.“

## **Interview mit einem Stationsarzt der Jugendstation**

vom 11.12.2006

**Anwesenden:        Stationsarzt der Jugendstation (A),  
                          interviewende Studentin (I)**

I:     „Die erste Frage wäre, für welche Bereiche ist eine Kooperation zwischen Schule und Klinik wichtig und weshalb? Ganz allgemein gesprochen.“

A:     „Hm, gar nicht so einfach. Da hab ich noch nie drüber nachgedacht.  
Also ich finde, wenn die Jugendlichen hierher kommen, also so ähnlich wie bei den Kindern auch, da ist zunächst einmal die Schule wichtig, damit sie den äußeren Rahmen dann angibt. Und die Erfahrung zeigt, dass es irgendwann während der Behandlung so ist, dass die Schule gar nicht mehr so wichtig ist, weil die psychischen Schwierigkeiten dann eher auftauchen. Und da ist es dann eher wichtig, dass die Schule jetzt nicht im Vordergrund steht, sondern sich vielleicht eher ein bisschen zurückhält. Und dann, wenn die Phase vorbei ist bzw. die Patienten wieder stabil sind, dann wird die Schule wieder wichtig, um den äußeren Rahmen dann wieder zu geben. Und ganz wichtig wird sie wieder dann, wenn man darüber nachdenkt, die Kinder oder Jugendlichen zu entlassen, weil zum Teil die Patienten eben nicht mehr in die Klinikschule gehen, sondern vielleicht auch in die Schule hier in Tübingen. Und wenn sie die Schule dann dort gut hin bekommen, dann ist dies eher ein Gradmesser dafür, dass es auch mit der Psyche dann soweit besser ist.“

I:     „Was für eine Bedeutung hat die Schule dann hier für die psychisch kranken Patienten, also die Kinder und Jugendlichen aus Ihrer Sicht oder warum gibt es überhaupt eine Beschulung für die Patienten hier auf Station?“

A:     „Also ich denke zum einen, dass die Beschulung wichtig ist, weil um eben diesen besagten Rahmen zu geben, und zum anderen denke ich auch, dass die Schule wichtig ist als Bindeglied zwischen einem Klinikaufenthalt und der

realen Welt draußen. Also das gibt dann doch noch ein bisschen einen Bezug, weil sonst ist das dann doch vollkommen abgeschottet nach außen. Und die Schule, auch wenn sich die Schule im gleichen Haus befindet, hat dann eben trotzdem diesen Touch, dass es mit der Welt draußen mehr zu tun hat als mit der Klinik selbst.“

I: „Wie wird die Kooperation hier an der Institution konkret umgesetzt? Gibt es da irgendwelche Schnittpunkte zwischen Klinikschule und Institution?“

A: „Ja! Also die Lehrer rufen hier an, wir rufen bei den Lehrern an. Die fragen nach wie es den Patienten geht, ob sie heute in die Schule gehen können oder auch anders herum. Die Lehrer nehmen teil an den Supervisionen, erfahren also auch da viel über die Psyche des Patienten. Also ich finde, dass ist schon eng verzahnt und der Austausch ist recht rege.“

I: „Wo sollte die Grenze sein, trotz der engen Verzahnung?  
Ist die klare Abgrenzung zwischen Therapie und Schule sinnvoll?“

A: „Ja! Meiner Meinung nach ganz klar.  
Wir haben hier den Auftrag, also ich als Arzt und die Station, therapeutisch tätig zu sein, und das haben die Lehrer meiner Meinung nach nicht!  
Also da ist die klare Grenze.“

I: „Dann kommen wir mal zu den Teamsitzungen: wie erleben Sie die Atmosphäre in den Teamsitzungen?“

A: „Ich finde es immer wieder interessant, wenn die Lehrer dann aus ihrer Sicht erzählen wie die Patienten auf sie wirken. Das finde ich insofern wichtig, weil manche Patienten sich in der Schule ganz anders benehmen als auf der Station und das kann man dann wiederum in der Therapie verwerten.“

I: „Wo sehen Sie die Gründe dafür, dass sich die Patienten so unterschiedlich in der Schule und dann auf Station zeigen?“



A: „Also, wenn die Patienten längere Zeit auf der Station sind, dann übertragen Sie in der Regel das psychische Muster, welches Sie von Zuhause oder irgend wo anders her kennen, auf die Station. Das ist so ein wichtiger Grund. Und in der Schule, wie gesagt, dass hat ja nicht unbedingt was mit der Klinik zu tun, da geben sie sich dann doch so, wie sie sich draußen geben würden. Aber nur bei manchen. Bei anderen hat man den Eindruck, dass das Verhalten in etwa gleich ist wie auf der Station auch.“

I: „Gibt es auch die Variante, dass es auch gerade anders herum ist? Dass also eher die Schule schwierig ist und auf der Station eher nicht oder selten?“

A: „Ja, zum Teil gibt es das auch! Ja! Zum Teil gibt es das auch!“

I: „Was gibt es da dann für Gründe oder sieht man das auch an der Krankheit?“

A: „Ja, kann man auch sehen. Es ist bei manchen Kindern zum Beispiel so, dass der Widerstand in der Schule wesentlich größer ist als auf der Station. In solchen Fällen ist es dann wiederum so, dass die Übertragung eher auf die Schule statt gefunden hat als auf die Station selbst. Das wäre eher etwas ungünstig. Also lieber wäre es anders herum. Aber das gibt es auch. Ansonsten ist die Schule grundlegend schon ein Gradmesser für den psychischen Zustand des Patienten, also das heißt, wenn die psychischen Schwierigkeiten aufgearbeitet worden sind und man schickt den Patienten dann wieder in die Schule, außerhalb von hier, dann ist das schon ein Gradmesser, ob derjenige dann gut zu Rande kommt, ob er sozial eingebunden ist, ob er mit dem Stoff klar kommt und und und. Das sind ganz viele Dinge, an denen wir dann auch abschätzen können, jetzt ist der Zeitpunkt an dem der Patient wieder gehen kann.“

I: „Fühlen Sie bei den Teambesprechungen trotzdem ein leichtes Machtgefälle oder eine Art Hierarchie? Und wenn ja, woran würden Sie das fest machen?“

A: „Hierarchie? Von welcher Seite her?“

I: „Dass es unter den verschiedenen Disziplinen einfach unterschiedliche Wertigkeiten gibt.“

A: „Das erlebe ich so nicht!  
Also bei den Lehrern, die ich jetzt kenne, erlebe ich das so nicht.“

I: „Gibt es da Punkte, an denen man das festmachen kann, worin es deutlich wird, dass dies recht gleichwertig abläuft?“

A: „Ich denke, dass ist so dieser gegenseitige Respekt vor den jeweiligen Aufgaben und der Respekt auch die Grenzen dann einzuhalten. Schwierig würde es werden, die Betonung liegt auf würde es werden, wenn Lehrer sich grundsätzlich in therapeutische Konzepte und Prozesse einmischen würden. Dann würde es schwierig werden! Und schwierig würde es dann auch werden, wenn ich mich als Arzt dann in die Kompetenzen der Lehrer einmischen würde, also das heißt, wenn ich den Lehrern vorschreiben würde, welche Fächer sie jetzt mehr unterrichten oder welche sie weniger unterrichten sollen. Insofern, solange jedem die Grenzen bewusst sind, erlebe ich das jetzt nicht als einen Machtkampf - überhaupt nicht! Das ergänzt sich dann eher.“

I: „Würden Sie es dann auch schwierig finden, wenn der Lehrer eben nicht bereit wäre sich auf Andere, oder hier eben auf die Arbeit auf der Station einzulassen und ein Stück weit auch diese Institution mit zu tragen?“

A: „Das wäre mit Sicherheit schwieriger. Ja.“

I: „Kennen Sie trotzdem noch weitere Hauptschwierigkeiten oder Reibepunkte in der Zusammenarbeit mit der Klinikschule, in denen man doch immer wieder seine eigenen Interessen vertreten muss und in denen es dann öfter auch Kontroversen gibt?“

A: „Nein, eigentlich nicht. Zumindest ich für meine Person habe das hier bislang noch nicht erlebt.“

I: „Auch nicht hinsichtlich der Unterrichtszeit und den Therapiegesprächen, dass diese zeitlich kollidieren?“

A: „Also ich war ja jetzt drei Jahre auf der Kinderstation und bin jetzt seit knapp einem halben Jahr hier *[Anmerkung: auf der Jugendstation]* und bei den Kindern war es in der Regel immer so, dass ich die Therapiestunden eingetragen habe und die Lehrer geschaut haben, wie sie ihren Unterricht drum herum aufbauen. Manchmal gab es natürlich auch die Schwierigkeit, dass manche Stunden einfach nicht anders gelegt werden konnten von den Lehrern, dann habe ich mich natürlich auch bereit erklärt, die Einzelstunde auf den Nachmittag zu legen. Also da gab es bislang keine Schwierigkeiten. Und hier wie gesagt, gibt es bislang auch noch keine.“

I: „Wenn Sie sich vorstellen, Sie würden damit beauftragt, zusammen mit der Klinikschule ein neues Kooperationskonzept zu entwickeln, was würden Sie dann besonders berücksichtigen wollen oder was wäre Ihnen dann besonders wichtig?“

A: „Ein neues Konzept? Die Frage ist: Warum ein neues Konzept, wenn das alte Konzept funktioniert! Never change a running system.  
Ich wüsste jetzt nicht, was man verbessern könnte. Die Lehrer hier geben sich viel Mühe und man ist bereit auf den anderen auch einzugehen und man geht Kompromisse auch ein. Also, ich wüsste jetzt nicht, was man anders machen könnte.“

## Versicherung

*Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbstständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und alle Stellen, die dem Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Werken gegebenenfalls auch elektronischen Medien entnommen sind, durch Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht wurden. Entlehnungen aus dem Internet sind durch einen datierten Ausdruck belegt.*

Reutlingen, den 31.01.2007

---

Unterschrift